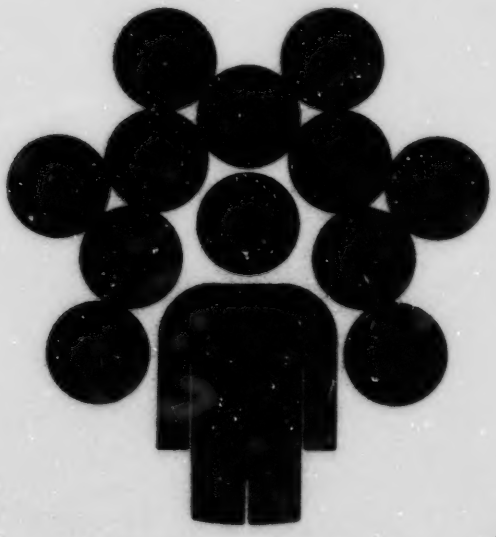
m



Health and Welfare Canada

Santé et Bien-être social Canada

MANUEL POUR LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL: SURVIE PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE, ET CONTINUITÉ DES PROGRAMMES

Division de la santé mentale
Direction des services de la santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
en collaboration avec l'Association canadienne pour la santé mentale
(Division de la Colombie-Britannique)
et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Publication autorisée par le
ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Les opinions exprimées dans ces articles sont celles de leurs auteurs respectifs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ou de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Also available in English
under the title

"Handbook for rural mental health workers:
personal, professional, and program survival"

En septembre 1981, aux abords magnifiques d'un lac situé près de Kelowna, en Colombie-Britannique, quelque 200 travailleurs de la santé mentale en milieu rural du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, se sont réunis pour parler des questions de survie sur le plan personnel, professionnel et des programmes. Le thème de la Sixième conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural était "La Santé mentale communautaire: une espèce en voie d'extinction?" Les participants de diverses régions et disciplines ont traité des occasions et des problèmes spéciaux qui surviennent dans le domaine de la prestation de services en milieu rural. Afin que les travailleurs de la santé mentale en milieu rural de tout le pays puissent bénéficier de cet échange de ressources, de réflexions et de stratégies, les organisateurs ont décidé de publier un manuel fondé sur les délibérations de la Conférence. Après une séance de planification initiale, la collaboration du grand nombre de conférenciers et de présentateurs a été sollicitée, et le Comité de rédaction a commencé à réunir et à rédiger des documents pour les trois chapitres qui correspondraient aux trois journées de la Conférence. Une fois ce long processus terminé, les rédacteurs de section ont transmis leurs chapitres à la Division de la santé mentale du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, qui a fourni les fonds et le personnel nécessaires à la consultation, ainsi qu'à la préparation définitive et à la publication du document.

Comme tout effort collectif ou commun, ce Manuel reflète une variété d'opinions, de styles et de démarches; en fait, les rédacteurs de section ont trouvé que leur sujet respectif se prêtait à un traitement assez différent. Les rédacteurs de section desirent remercier M. Thomas J. Lips de la Division de la santé mentale, qui s'est occupé de la rédaction finale du texte anglais, et qui a dirigé la publication du manuel.

Les articles que renferme le manuel, qui vont des lignes de conduite pratiques aux réflexions philosophiques concernant les valeurs, les méthodes et les objectifs, témoignent de la débrouillardise, de l'engagement et de la détermination des praticiens de la santé mentale en milieu rural au Canada - qualités qui sont de bon augure pour la survie et le développement de cet important secteur de services.

Le Comité de rédaction

PRÉAMBULE: LA CONFÉRENCE DES PROVINCES DE L'OUEST SUR LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL

La déshospitalisation du malade mental et la mise sur pied d'un réseau communautaire de soins de santé mentale ont suscité une foule de problèmes imprévus à l'origine du mouvement. Parmi ces problèmes, nous retrouvons les besoins des travailleurs de la santé mentale dans les régions rurales.

Depuis toujours, la pratique de la santé mentale a constitué un phénomène, surtout urbain, limité presque exclusivement aux milieux hospitaliers. Même après le début du phénomène de la déshospitalisation, les travailleurs de la santé mentale en milieu urbain pouvaient encore profiter, dans leur pratique, de l'appui de leurs collègues, et avaient, comme eux, régulièrement accès aux grands centres urbains d'enseignement et aux ressources relativement abondantes de la ville. Ils avaient rarement à subir les inconvénients associés à l'isolement professionnel, et leur vie personnelle et professionnelle restaient bien distinctes.

Cependant, l'avènement du mouvement de la santé mentale en milieu rural dans les années 60 et 70 a modifié profondément toute la pratique de la profession. Dans les régions rurales, les professionnels de la santé mentale devaient généralement travailler seuls, privés de l'appui de leurs collègues, sans choix de traitement ou réseau de soutien et pouvaient difficilement obtenir une consultation. Le professionnel était devenu un très gros poisson dans un tout petit lac; il était très visible en tant que personnalité publique et professionnelle, devant souvent lutter pour séparer sa vie personnelle et sociale de sa vie professionnelle et disposant de moins en moins de temps pour répondre à ses besoins personnels.

Ces problèmes particuliers que présente la pratique en milieu rural, ont été soulevés pour la première fois en 1975, par les représentants des quatre provinces de l'Ouest, à l'occasion de la première Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural. Depuis 1975, cinq autres rencontres ont eu lieu, organisées à tour de rôle par les provinces participantes. Toutes ces conférences ont permis de souligner le fait que dans toutes les provinces de l'Ouest, les travailleurs de la santé mentale en milieu rural partagent les mêmes problèmes spéciaux, et que les professionnels qui oeuvrent en régions rurales ont plus de points en commun avec leurs collègues des régions rurales des autres provinces qu'ils n'en ont avec leurs collègues des centres urbains qui font partie de leur propre réseau provincial de santé mentale.

Le thème de la rencontre de 1981 portait sur un point commun à toutes les autres conférences précédentes: la survie personnelle et professionnelle des travailleurs de la santé mentale, et la continuité

des programmes. La présente publication contient les contributions de nombreux professionnels et bénévoles qui connaissent les problèmes inhérents à la pratique en milieu rural. Les mémoires présentés par les professionnels permettront aux lecteurs d'apprécier ce compendium exceptionnel à cause de son évaluation de la situation qui régnait dans le domaine de la pratique de la santé mentale dans l'Ouest du Canada en 1981 et de ses questions particulières.

Dès ses débuts, la Conférence des provinces de l'Ouest a été conçue de manière à faire participer tant les professionnels que les travailleurs bénévoles à toutes les activités qui marquent ses rencontres. En 1981, cette intégration a été encore plus en évidence qu'elle ne l'était lors des rencontres précédentes. La conférence de 1981 a été organisée sous les auspices du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et de la Division de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale. Une telle collaboration est en elle-même caractéristique du genre de rapports qu'on rencontre souvent entre les professionnels et les bénévoles dans les régions rurales. L'importance de plus en plus grande accordée à la collaboration reflète les avantages que présentent la liaison et la collaboration autant pour les professionnels que pour les bénévoles.

Au nom des travailleurs de la santé mentale en milieu rural des provinces de l'Ouest, autant professionnels que bénévoles, le Comité organisateur de la Conférence des provinces de l'Ouest désire exprimer sa plus sincère gratitude aux différents ministères qui lui ont accordé les subventions nécessaires à l'organisation de ces importantes rencontres. Les membres du comité remercient également les fonctionnaires de la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada pour l'intérêt et l'appui qu'ils n'ont cessé d'apporter à ces conférences et en particulier pour la subvention qui permet la publication du présent manuel.

Comité organisateur de la Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural:

Mme Elspeth Reid, Manitoba

M. Glen Rutherford, Saskatchewan

M. Denny Barr, Alberta

M. John Farry, président Colombie-Britannique

Le 14 janvier 1983

COMITÉ DE L'ÉDUCATION PERMANENTE

La liste qui suit contient les noms des membres du Comité de l'éducation permanente des services de santé mentale du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Ce comité a travaillé en étroite collaboration avec le Comité organisateur de la Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural et l'Association canadienne pour la santé mentale (Division de la Colombie-Britannique) à la préparation et à l'organisation de la conférence de 1981 qui est à l'origine du présent manuel.

Président: John B. Farry, M.S.W.,
Conseiller, Services de santé mentale,
Ministère de la Santé de la
Colombie-Britannique

Secrétaire: Penny Hanuszak,
Surrey Mental Health Centre

John Anderson, M.A.,
Psychologue, Greater Vancouver Mental Health Service

Christine Austin, B.Sc., O.T.(C),
Kelowna Mental Health Centre

Sydney Baird, R.N.,
Forensic Psychiatric Services Commission

Igor Hrycenko, Ph.D.,
Psychologue, Burnaby Mental Health Services

Jack Kyle, Ph.D.,
Psychologue, Courtenay Mental Health Centre

Ruth MacCallum, R.N., M.Sc.,
Infirmière, Maple Ridge Mental Health Centre

Birnie Reid, M.S.W.,
Travailleur social, Riverview Hospital

Arnold Skulmoski, M.S.W.,
Travailleur social, Cranbrook Mental Health Centre

TABLE DES MATIÈRES

Page

PRÉAMBULE: La conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural V
J. Farry, E. Reid, D. Barr et G. Rutherford.....

Réflexions sur la santé mentale communautaire
F. McNair, M.D. 1

CHAPITRE I: "Survie personnelle"

Préface: Observations sur la survie personnelle
John A. Anderson..... 13

Allocution principale: La survie des travailleurs de la santé mentale en milieu rural
Lindbergh Sata, M.D. 19

Facteurs de fatigue et renouveau: une enquête personnelle
N. Tessier, I.A. 31

La voie de la moindre résistance: l'isolement et le paradoxe du traitement de la dépression d'épuisement
C. Bates et C. Van Dam..... 41

Les grands problèmes du travailleur en santé mentale en poste isolé
A. McSweeney..... 55

Vivre en vase clos: aperçu du travail et de la vie dans une collectivité éloignée
S. Lazare..... 59

Pour faire plus que survivre: un répertoire d'antidotes contre le dur labeur et la dépression d'épuisement
J.A. Anderson..... 67

CHAPITRE II: "Survie professionnelle"

Allocution principale: Survie professionnelle des travailleurs de la santé mentale en milieu rural
Francis J. Turner, D.S.W. 83

Éducation permanente -- Une perspective rurale: options et réaction des bureaucrates
D. Wehner..... 95

Page

Cela aide-t-il de demeurer en contact avec les membres de sa profession?
B. Wattie..... 101

Établissement d'un réseau social: système d'assistance naturel pour les personnes isolées sur les plans social et géographique
E. Eichler..... 103

Questions de devoirs: De qui sommes-nous les agents de changement?
J. Kyle..... 111

Les problèmes d'ordre bureaucratique vus sous l'angle de la santé mentale communautaire
K. Barnes.....123

Création d'un programme de bénévolat à appliquer dans les centres de santé mentale en milieu rural: le modèle de Cariboo
R. Perrin, M. Finnegan, J. Dinsdale et D. Wheeler..... 129

Problèmes de fixation des limites -- Survie du travailleur individuel de la santé mentale
B. Stein..... 143

CHAPITRE III: "La continuité des programmes"

Remarques sur la continuité des programmes
J.L. Kyle..... 155

Allocution principale: Continuité des programmes de santé mentale en milieu rural
Stan Remple.....159

L'importance de cinq services essentiels pour la santé mentale en milieu rural
Alan Rendle..... 171

Survie des programmes -- La stabilité
R.L. Cameron..... 179

Page

La dotation en personnel: Attirer et garder le personnel en santé mentale en milieu rural
A.H. Thompson et D.M. Barr..... 185

La publicité: Comment utiliser les médias?
R. Brown..... 189

Élargir les programmes malgré la réduction des ressources
J. Hutton..... 193

La liaison entre l'hôpital et le centre communautaire de santé mentale
G.W. Rathwell et C.P. Hellon..... 197

Les bénévoles et la santé mentale communautaire en milieu rural
J. McIntyre..... 201

Groupes ethniques
R. Devlin..... 205

RÉFLEXIONS SUR LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

Frank McNair, M.D., directeur des services de psychiatrie,
hôpital général de Kelowna;
professeur adjoint de psychiatrie clinique,
Université de la Colombie-Britannique

Le présent mémoire est tiré de l'allocution prononcée par le docteur McNair à la Sixième conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural (Kelowna, du 13 au 17 septembre 1981).

Comme un bon nombre des lecteurs du présent manuel, je suis un travailleur de la santé mentale fermement engagé dans le mouvement de santé mentale communautaire. Je suis très reconnaissant de l'occasion qui m'est offerte de partager certaines de mes réflexions concernant les défis et les possibilités qui s'offrent aux travailleurs de la santé mentale en milieu rural. Mes remarques porteront surtout sur le Centre communautaire de santé mentale, mais un grand nombre des questions que j'aborderai ne seront pas étrangères aux personnes qui travaillent dans d'autres milieux.

Les "aliénés"

Nous travaillons auprès de gens qui souffrent d'aliénation. Tous ne sont pas notre responsabilité, mais nous devons apprendre à faire face au schizophrène qui est le plus aliéné de tous. Notre tâche est rendue plus complexe du fait que ceux qui travaillent auprès des aliénés ont toujours été également perçus comme des aliénés. La réinsertion sociale du malade a présenté un certain nombre de défis.

Peu de temps après l'ouverture du premier centre de santé mentale de la Colombie-Britannique à Kelowna, en 1962, un pensionnaire d'un de nos foyers a été accusé d'avoir volé un poulet rôti d'une valeur de 1,69$. On l'a conduit en prison et porté devant le tribunal. Le magistrat voulait savoir si l'accusé était en état de subir son procès. Mes efforts pour lui expliquer que les malades mentaux étaient maintenant soignés dans la communauté et que ce changement provoquait certaines difficultés ne réussissaient pas à le satisfaire. Finalement, pressé de donner une réponse non équivoque, j'ai émis l'opinion que le patient en question savait ce qu'il faisait en volant: il a été condamné à 3 mois de prison. Une fois la sentence purgée, le malade a été ramené devant le même magistrat. Celui-ci a convoqué 2 médecins de famille qui ont déclaré l'homme atteint d'aliénation mentale et l'ont retourné à l'hôpital psychiatrique. Lorsque vous êtes différent des autres, la justice risque d'être teintée de préjugés. Malheureusement, le traitement que la société a toujours réservé aux schizophrènes est une histoire marquée par la négation des droits, la perte de la liberté, la destruction des liens familiaux et, pour les malades concernés, le sentiment d'être méprisés et persécutés.

Pour nous tous, l'une des tâches fondamentales de la vie consiste à résoudre le problème de la solitude. Pouvoir être seul pendant un certain temps est souvent une bénédiction, mais la solitude imposée est une source de douleur. Nous avons besoin, pour nous enrichir, d'apprendre quand et comment partager avec les autres, mais aussi comment établir des limites qui protègent notre intimité. Lorsque des malheurs nous frappent ou frappent nos amis, nous sommes sensibles à la solitude qui entoure la douleur, le chagrin et la mort. Mais dans le cas des divers troubles qu'on regroupe sous l'appellation "schizophrénie", le facteur commun est le "mur de verre" à travers lequel nous avons de la difficulté à saisir le sens des choses. Même le langage a une connotation différente, et bien souvent il est employé à des fins magiques plutôt que pour communiquer. Incapable de se servir du langage de façon appropriée, le schizophrène ne dispose pas de toute son intelligence pour apprendre et pour résoudre les problèmes. Donc, il lui manque un grand nombre d'aptitudes sociales et d'aptitudes nécessaires à la survie, et il est considéré comme inapte par ses semblables.

Afin de l'aider à s'intégrer à la société, il faut tout d'abord que celle-ci fasse preuve de tolérance. Nous essayons de créer un contact personnel dans l'espoir de faire naître la confiance. Parfois nous offrons d'autres cadres sociaux dans des résidences, des ateliers de travail ou des services hospitaliers. L'adaptation du schizophrène (je préfère ce mot au mot réadaptation) nécessite un continuum de services, car souvent ce malade ne possède pas les aptitudes fondamentales nécessaires à la vie en société et à l'autonomie. Le contact que nous établissons avec lui risque de se faire par tâtonnements au lieu de passer par le réseau de consultation qui constitue une meilleure façon d'établir une relation d'aide.

Crédibilité

Il est absolument essentiel que le centre de santé mentale et son personnel inspirent confiance et seuls les services qu'ils rendent peuvent vraiment lui donner cette crédibilité. Nous devons être accessibles et disposés à aider, surtout dans les cas d'urgence; nous devons cependant nous faire respecter et ne pas permettre au public d'abuser de notre bonne volonté. Nous devrons parfois visiter les malades à domicile. Nous avons parfois besoin qu'on nous rappelle qu'avant la création du centre de santé mentale, le personnel des organismes sociaux traitait un grand nombre des problèmes sociaux les plus difficiles dans la communauté. Nous constituons une ressource importante pour ces gens.

Il importe également d'entretenir des relations étroites avec le service de psychiatrie de l'hôpital. Dans la plupart des urgences psychiatriques qui se produisent dans la communauté, le service hospitalier constitue la ressource de soutien.

Le personnel des services d'urgence des hôpitaux se montre peu enthousiaste lorsqu'il s'agit de traiter des gens souffrant de troubles émotifs ou aux prises avec des problèmes familiaux. Bon nombre de ces gens sont intoxiqués par l'alcool et tous bouleversent les services d'urgence dispensés aux victimes de crises cardiaques ou d'accidents de la route. L'infirmière psychiatrique à qui on remet un malade en lui disant brusquement "Il est à vous", n'est pas non plus très heureuse, pas plus que le personnel du service d'urgence qui reçoit un malade qui a pris une trop grande quantité de médicaments prescrits par le psychiatre. Afin de réduire la tension causée par ces situations difficiles, nous avons organisé une réunion à laquelle ont participé les infirmières des services de psychiatrie et d'urgence qui n'étaient pas en service et le personnel du centre de santé mentale. Le résultat le plus positif de cette rencontre a été le retour à la courtoisie; "Nous avons un problème, pouvez-vous nous aider?", nous demande-t-on maintenant au téléphone. Ces bonnes relations durent toujours; nous aimons nous sentir utiles.

Les mécanismes d'adaptation

Réfléchissons à la capacité de faire face aux situations auxquelles nous sommes confrontés. Souvent nous sommes aveuglés par les problèmes. Nous énumérons des symptômes. Le nouveau système d'établissement des dossiers en vigueur à l'hôpital est axé sur la solution des problèmes. Je voudrais qu'on accorde le même temps aux atouts de nos malades ou de nos clients. Quels sont leurs points forts? Un jour, un jeune homme de 25 ans, immigrant et célibataire, est venu me voir parce que ses collègues de travail se moquaient de lui. Il était grand et gauche et à part sa taille (il devait faire 1 mètre 92) ses traits les plus frappants étaient son cou allongé et son gros nez. Ses collègues l'appelaient "Big Bird"; il m'avait apporté une revue sur la couverture de laquelle était représenté l'animal en question. Je suis resté bouche bée devant la ressemblance, mais j'ai menti habilement et je l'ai convaincu que je ne la voyais pas. Nous nous sommes trouvés des intérêts communs, et au cours des entrevues subséquentes nous avons déterminé les points de sa personnalité susceptibles de lui permettre de prendre confiance en lui-même: sa force, son application au travail, son ambition et sa compassion.

La question fondamentale est de savoir comment les hommes font face à la vie. Après tout, la plupart des espèces qui ont habité la terre sont maintenant disparues. Au cours de l'étude qu'il a effectuée sur les mécanismes d'adaptation, le docteur David Hamburg a trouvé trois sources de motivation de base: l'instinct de survie, l'estime de soi et l'appartenance à un groupe. Pour nous aider à faire face à la vie et

pour améliorer notre rendement professionnel, il est bon de passer en revue certains des mécanismes mis en lumière par le Docteur Hamburg.

1. Nous essayons d'atténuer l'importance des choses qui nous menacent. Nous commençons souvent par nier leur existence, puis par les accepter graduellement pour ensuite les assimiler complètement.

2. Nous nous confions à un autre, peut-être à quelqu'un qui vit la même expérience. Nous essayons de nous aider mutuellement. On a constaté que lorsqu'il s'agit de faire face à la vie, les aptitudes sociales sont plus utiles que les traits de personnalité qu'on considère comme des qualités ou des défauts.

3. Nous tirons un appui affectif des relations intimes.

4. Nous apprenons à nous fixer des objectifs à moyen terme. Nous essayons différentes façons de solutionner les problèmes.

5. Nous étudions ce que les situations veulent dire pour nous. Si le problème immédiat ébranle l'estime que nous avons de nous-mêmes, nous cherchons d'autres aspects de notre personnalité susceptibles de nous rassurer et de remettre les choses dans leur vraie perspective. Nous en venons à reconnaître dans quelle mesure la menace est extérieure et dans quelle mesure elle est intérieure et découle du sens que nous lui attribuons.

6. Nous essayons de devenir plus objectifs en recueillant l'information qui se présente.

7. Nous découvrons que l'adversité nous a permis de nous enrichir dans le passé et qu'elle peut encore nous permettre de grandir. Nous sommes capables de faire face à nos problèmes l'un après l'autre. Nous avons besoin de posséder en nous-mêmes une réserve de "tampons" contre les désappointements. Nous transférons les difficultés du domaine étranger au domaine familier et nous nous rendons compte que les connaissances que nous pouvons mettre en application dans une situation donnée peuvent également être utilisées dans des situations apparemment nouvelles et différentes.

Évolution de la prestation des services

Les communautés rurales ont besoin d'un grand nombre de services. Au cours des années 60, on a organisé, à Toronto, une conférence Vanier sur la famille. Les organisateurs avaient créé des comités locaux qui s'étaient réunis dans les régions avant la conférence

afin de discuter des questions importantes pour eux et de choisir leurs délégués. Cette conférence a ainsi permis à notre communauté de se préparer à une rencontre fructueuse avec des organismes de bien-être, des services de probation, un conseiller scolaire, un pédiatre, un certain nombre de médecins de famille, des membres du clergé, des hygiénistes et des travailleurs de la santé mentale.

Cette conférence nous a tout d'abord permis de trouver une solution à un problème que nous avions trop longtemps négligé. Dans notre localité, nous avions l'habitude de garder les bébés donnés en adoption à la pouponnière de l'hôpital pendant trois semaines. Aucun nouveau-né ne devrait être ainsi privé de l'attachement à une "mère"; malheureusement, nos bébés étaient laissés aux soins d'une série d'infirmières travaillant par poste. Nous avons donc mis sur pied un système de soins en foyer nourricier pour ces nouveau-nés, un des nombreux services organisés avec la participation du centre de santé mentale.

Notre rôle est d'encourager la création d'une infrastructure pour la prestation de soins et d'y participer. La plupart d'entre nous sommes très mal préparés à cette tâche. Chaque communauté a besoin d'un groupe officiel ou non, qui sert d'organisme de planification sociale.

Un an ou deux après la fondation de notre centre de santé mentale, le maire de notre municipalité a créé un petit comité chargé de former un groupe qui, en collaboration avec Centraide, devait conseiller les membres du conseil municipal sur les propositions concernant de nouvelles ressources sociales. On a donc créé une société de planification sociale qui, à son tour, a mis sur pied un centre d'information, une ligne téléphonique d'urgence, un foyer d'accueil pour femmes battues, un service de foyers nourriciers de jour et un service de bénévoles travaillant dans la communauté. Chaque année de nouveaux bénévoles se joignent au groupe. Les membres du comité original ont changé plusieurs fois depuis la création du groupe. Notre maire a également créé un comité consultatif composé de citoyens dont le rôle est de travailler en collaboration avec le tribunal de la famille. Les citoyens soucieux du bien public doivent pouvoir favoriser l'exploitation des nombreuses ressources possibles et avoir voix au chapitre dans le choix des lignes d'action à adopter. Quelles que soient la sagesse ou les bonnes intentions qui sont à l'origine des directives émises par un bureau central, celles-ci ne doivent pas exclure le travailleur communautaire.

Depuis la dernière guerre, de nombreuses influences ont été à l'origine des changements produits dans le domaine des soins de santé. De nouvelles professions sont nées et les stages de formation dans les professions classiques se sont beaucoup améliorés. L'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation ont grandement contribué à améliorer le financement et à accroître l'étendue des services de santé mentale. Le

traitement de la maladie a été radicalement transformé par l'avènement des tranquillisants. La presse qui a rendu publics les abus commis dans les établissements a accéléré le mouvement vers les soins dans la communauté. La jeune génération, désillusionnée par l'autorité en place, s'est donné de nouveaux héros comme Ralph Nader qui a suscité une conscience critique beaucoup plus grande chez les consommateurs.

Qu'est-il arrivé aux rôles des professionnels dans les centres de santé mentale? Ces rôles ont commencé à changer. Parfois les distinctions entre les rôles deviennent plus floues, des rivalités surviennent. Les organismes professionnels font plus de déclarations publiques et l'on compare la rémunération des différents groupes. Le fonctionnement des centres dépend du travail en équipe; c'est pourquoi la capacité de constituer des équipes est une aptitude que doivent posséder les responsables. À mon avis, le psychiatre devrait être le responsable clinique de l'équipe, mais pas nécessairement son administrateur. Je rejette la théorie du "droit divin" autant que je m'oppose au fait qu'on réduise le psychiatre à un rédacteur d'ordonnance qui approuve le plan thérapeutique sans discussion.

Les nominations à des postes, comme les évaluations de rendement, ne devraient pas se faire sans qu'une consultation ait lieu avec un employé supérieur ayant le même rôle professionnel. Les rôles professionnels peuvent peut-être prendre de l'envergure, mais chacun de nous doit tenir au premier rôle qui est le sien en tant que psychiatre, infirmière, travailleur social, psychologue ou ergothérapeute. Dans notre Centre, nous avons eu la bonne fortune de découvrir deux stratagèmes qui ont donné de bons résultats.

1. Pour aider le personnel soignant, nous organisons des rencontres mensuelles au cours desquelles les membres du personnel du Centre de santé mentale, du service hospitalier et de l'organisme communautaire ont l'occasion de se rencontrer, de manger ensemble et d'apprendre au contact de leurs collègues.

2. Chacun des professionnels de l'équipe est responsable d'un domaine de consultation: l'infirmière est chargée d'établir des liens avec les infirmières hygiénistes et avec les infirmières de l'hôpital, le travailleur social est responsable des contacts avec les autres organismes communautaires, le psychologue veille aux relations avec les écoles, et le psychiatre avec les médecins de famille.

Occasions d'apprentissage

Notre tâche est de fournir des occasions d'apprendre aux gens qui viennent à nous. Cependant, nous ne sommes pas la seule source de nouvelles connaissances; dans presque toutes les collectivités il existe de nombreuses autres sources parmi lesquelles on compte la

bibliothèque publique, le collège communautaire et le centre récréatif pour les adultes et pour les jeunes, les clubs pour garçons et filles, les Grands-frères, les écoles d'enseignement spécialisé et les cadets. L'acquisition de nouvelles connaissances va au-delà de l'enseignement général et professionnel: elle comprend également la préparation au rôle de parent ainsi que l'apprentissage des aptitudes à la communication et à l'amélioration des relations sociales et conjugales. Les autres ressources, surtout les collèges communautaires, sont devenus des experts dans les cours de perfectionnement personnel si populaires auprès de la collectivité.

Pour être admis dans notre service vous devez étaler vos problèmes au grand jour et bien souvent l'impuissance qui les accompagnent. Mais à un moment donné nous devons laisser la maladie de côté pour tourner notre attention vers l'apprentissage, et de cette manière nous nous enrichissons en même temps que nos patients ou nos clients. Notre succès et la satisfaction que nous tirons de notre travail dépendent tous deux des nouvelles connaissances que nous acquérons et qui sont une source constante d'enrichissement. Il est évident que le processus d'apprentissage peut être frustrant si nous succombons à l'attrait des réponses uniques, que cette simplification exagérée concerne l'expérience religieuse ou la théorie psychiatrique.

Vous connaissez sûrement la bande dessinée Beetle Bailey. Le psychiatre présente une carte du test de Rorshach à Beetle Bailey, un soldat pas plus intelligent qu'il ne faut. Il répond "C'est un tache d'encre. Vous ne m'aurez pas." On le renvoie et il est remplacé par le gros caporal studieux qui voit dans cette carte l'image de la côte anglaise vers 1588. Il y voit l'Armada espagnole qui s'approche, la flotte anglaise qui attend et la Reine Elizabeth 1re. Dans les nuages il voit l'annonce symbolique du déclin de l'Empire espagnol. Il continue ainsi jusqu'à ce que le psychiatre, excédé, lui arrache la carte des mains. Et l'infirmière de dire au soldat: "Il est toujours désappointé lorsque vous n'y voyez rien de sexuel".

Le jargon est un autre ennemi de la pensée.

Le jargon des hommes d'affaires et des politiciens que nous appelons souvent "gobbledygook" a le don de nous amuser. Un graphique ou tableau est devenu une "ventilation statistique" ou un "cheminement critique", un résultat est devenu un "imprimé mécanographique". Les comités sont devenus des "groupes interministériels" ou "groupes de coordination". Un comité composé de conseillers et d'un secrétaire à 100 $ par jour est un "groupe de travail".

En matière de jargon, nous les professionnels des sciences humaines ne donnons pas notre place. Il y a quelques années, dans un

article de journal, le chroniqueur bien connu Russell Baker décrivait "l'anglais ronflant" utilisé par un médecin.

> Pour ce dernier, le départ du malade de l'hôpital et son retour à la maison s'appelait la "rentrée dans la société"; le mot "rentrée" est un terme technique employé dans le domaine de l'astronautique. Ayant ainsi facilité la "rentrée" des malades dans la société, il pourra alors les accueillir comme des "éléments fonctionnels" de cette société. Comme ce doit être terrible pour un malade asocial, enfermé dans une capsule pour "inadaptés" admirablement stérilisée, de se sentir à la merci d'hommes au langage ronflant, qui le manipulent et qui sont déterminés à faire de lui un "élément fonctionnel" de la société.

La santé mentale communautaire est-elle un échec?

Un débat sur ce sujet a eu lieu au cours de la dernière réunion annuelle de l'American Psychiatric Association. Voici un résumé des facteurs les plus importants qui sont sortis de ce débat.

Aux États-Unis, en 1958, les établissements psychiatriques hébergeaient 559 000 malades au coût de 2 $ par jour. En 1978, il n'y avait plus que 67 000 malades, mais chacun coûtait 78 $ par jour. Pendant ce temps, le nombre de lits dans les foyers d'hébergement avait augmenté de 730 %. De nouveaux ghettos ont été créés et les organismes communautaires ont été débordés. On a assisté à un transfert passif des responsabilités: de la santé au bien-être. On peut appeler ce processus "déhospitalisation non planifiée".

Ces changements ont été amenés par les réactions du public à des ouvrages tels que The Shame of the States de Deutsch, par l'avènement des grands tranquillisants et par un désir grandissant de respect pour les droits civils des gens. Une commission a donc présenté un rapport qui recommandait la création de centres communautaires de santé mentale pour des groupes appelés "bassins de population"; c'est ainsi qu'un mouvement est né. Les centres devaient être dotés d'une équipe pluridisciplinaire, fournir des soins complets aux malades et pouvoir hospitaliser ceux qui en auraient besoin. Mais en plus des services auxquels il était déjà habitué, le public en a réclamé de nouveaux et le personnel n'a pas suffi à la tâche. Certains employés ont été si bouleversés par les conditions de vie de leurs clients, qu'ils ont dirigé leurs efforts vers l'activisme social au lieu de travailler au programme conçu pour apporter des soins à ces gens.

Le Canada a vécu une expérience similaire. En Colombie-Britannique, en 20 ans, le nombre des malades dans les hôpitaux psychiatriques est passé d'environ 5000 à 1500; pendant ce temps, on a créé environ 30 centres de santé mentale. L'intention était bonne,

mais les subventions se sont avérées insuffisantes pour répondre aux besoins; et, comble d'imprudence, on n'avait prévu aucune recherche, même sur le plan social. Mais chose certaine on ne peut revenir en arrière.

Le système qui repose sur les centres communautaires de santé mentale souffre d'un grand nombre de lacunes, mais les modèles expérimentaux ont connu un grand succès. Nous ne devons pas oublier que les gens que nous soignons sont parmi les moins capables de défendre leur cause. Si nous voulons que nos programmes soient efficaces, nous devons être accessibles et assurer à ces personnes un continuum de soins et de postobservation. Nous devons prendre les mesures pour loger convenablement nos clients et pour que le personnel soit assez nombreux pour mettre en oeuvre des programmes d'activités utiles et structurés ainsi que des programmes d'apprentissage des aptitudes sociales de base pour les malades chroniques.

Nous nous enrichirons personnellement, et notre satisfaction au travail sera plus grande si nous mettons tout en oeuvre pour venir en aide à nos clients et si nous nous servons de tous les moyens à notre disposition pour réclamer les outils dont nous avons besoin pour finir le travail qui nous a été confié.

CHAPITRE I: "SURVIE PERSONNELLE"

Rédacteur: John Anderson, M.A.
psychologue,
Greater Vancouver Mental Health Service

PRÉFACE: OBSERVATIONS SUR LA SURVIE PERSONNELLE

John A. Anderson, M.A.
Greater Vancouver Mental Health Service

À bien des égards, l'ensemble des articles présentés dans ce chapitre constitue un effort exceptionnel, un travail de pionnier. Bien que les publications sur la dépression d'épuisement (burnout) et sur l'atténuation du stress se soient multipliées depuis la fin des années 70, la majorité de ces travaux étaient axés presque exclusivement sur la situation en milieu urbain. Par opposition, les mémoires présentés ici portent expressément sur le praticien en milieu rural. Les auteurs ont été choisis surtout parce qu'ils avaient la réputation de bien connaître la question de la pratique en milieu rural.

Le présent chapitre diffère encore des publications antérieures sur la survie par l'importance de la participation du personnel régional. Les délégués à la Conférence de 1978 des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural ont tout d'abord exploré un grand nombre de ces sujets au cours d'une séance plénière organisée par un groupe de travailleurs d'avant-garde du centre du Manitoba, séance qui était intitulée: "Rural Thrivers: Survival of the Fittest?" Les principaux problèmes de survie déterminés par le personnel des régions rurales au cours de cette séance (qui comprenait le "Manitoba...Survival Test") ont été ensuite présentés à nouveau à chacune des provinces concernées pour une mise à jour après examen par le Comité organisateur de la conférence. Mais dès ce moment-là, il était évident qu'en raison des graves répercussions sociales de la détérioration de la situation économique, un grand nombre de ces problèmes de survie constitueraient plus que jamais une menace pour le moral du personnel, pour ses ressources personnelles et pour son efficacité au cours des années à venir. Le mandat ne pouvait être plus clair.

L'approche pratique et candide adoptée par les conférenciers reflète également le rôle de premier plan joué par les travailleurs de la santé mentale en milieu rural. Dans le premier mémoire par exemple, le docteur Sata abandonne le jargon professionnel qui caractérise généralement l'expert et nous fait part d'une série d'expériences de vie fascinantes et de réflexions candides sur l'acceptation par la communauté, et sur les autres problèmes de survie traités individuellement par les autres conférenciers. Bien que sa présentation soit riche sur le plan conceptuel et technique, le ton est caractéristiquement pratique. Dans la plupart des cas, les autres conférenciers ont adopté une attitude semblable.

Enfin, la portée et la répartition de l'ensemble des sujets traités par les conférenciers constituent une autre contribution originale des travailleurs des régions rurales. Toutes les questions fondamentales sont abordées. En passant en revue la littérature sur le stress, la dépression d'épuisement et la survie pour préparer des ateliers de

travail à l'intention de différentes catégories d'intervenants, j'ai constaté que les centaines de recommandations particulières contenues dans les sources consultées pouvaient être réparties en quatre grandes tactiques fondamentales de survie. J'ai arbitrairement coiffé d'une rubrique chacun de ces groupes de techniques de survie; ce sont: le réapprovisionnement, la restructuration, la renégociation, et la reconnexion. Sans avoir été mis au courant de ce cadre, chacun des auteurs choisis a rédigé un article qui illustre, dans une certaine mesure, l'un de ces quatre éléments essentiels à une approche préventive ou corrective équilibrée.

Le présent chapitre du manuel pourrait fort bien être suggéré comme lecture dans le cadre d'un cours de recyclage pour professionnels; il serait très utile à tous les professionnels qui désirent continuer à se développer en dépit de la situation économique et d'autres difficultés. Le survol effectué par le docteur Sata pourrait être suivi des modules suivants dont les stratégies pour réduire ou affronter le stress vont des plus individuelles aux plus générales.

MODULE UN: RÉAPPROVISIONNEMENT

Dans cet article, Norma Tessier nous présente son approche à quatre volets (les dimensions physique, intellectuelle, affective, et spirituelle) pour surveiller, combattre et prévenir la fatigue. Elle met l'accent sur l'acquisition d'habitudes propres à susciter et à maintenir la vitalité grâce à un mode de vie générateur d'énergie qui réduit la lassitude au minimum en approvisionnant continuellement le sujet sur le plan affectif. Dans le cadre d'un cours sur le "réapprovisionnement", on pourrait discuter des tactiques les plus populaires que sont le régime alimentaire, l'exercice physique, le repos, la détente et les loisirs. Une des tactiques les plus subtiles (et néanmoins puissantes) consiste à s'intéresser aux petites choses du quotidien et à se laisser émerveiller par elles. Les enfants sont peut-être ceux qui peuvent le mieux nous enseigner à retrouver cette capacité de refaire le plein.

MODULE DEUX: RESTRUCTURATION

Bates et Van Dam se servent de la théorie des systèmes et de la psychologie de la restructuration cognitive pour résoudre les problèmes pratiques qui entourent la nécessité d'éviter l'épuisement et l'effondrement associés aux derniers stades de la dépression d'épuisement. Ils proposent une technique paradoxale qui consiste à "abandonner" les visées irréalistes (y compris la lutte pour interrompre ou nier la dépression d'épuisement classique); cette technique constitue un élément important d'une stratégie globale de "restructuration", c'est-à-dire d'acquisition d'une nouvelle façon d'envisager les choses. Dans le cadre d'un cours de recyclage, ce module mettrait surtout l'accent sur la conscience de soi (points faibles, atouts, pressions inutiles, etc.), considérée comme un facteur critique. Dans des conditions

favorables, une telle compréhension amènerait naturellement le sujet concerné à remettre en question et à abondonner les illusions, les hypothèses, les attentes, les obligations et les faux remèdes qui sapent sont énergie. Cette technique commence souvent par une étroite surveillance des échelles de mesure des sources de stress, du degré d'épuisement et des risques pour la santé, suivie par une mise au point des valeurs ainsi que par des exercices de planification de carrière et de vie et par un redressement des habitudes sanitaires et du mode de vie en général. On constate que les "survivants" sont particulièrement aptes à lire rapidement entre les lignes pour déterminer la véritable "structure de l'emploi" cachée derrière la description de tâches officielle. Ce travail de détection permet habituellement de recouvrer une bonne partie de l'énergie perdue.

Selon le docteur Ray Wehner de Selkirk (Manitoba), certains risques professionnels menacent suffisamment la grande majorité des travailleurs (sauf quelques privilégiés) pour exiger que soit mis en oeuvre un plan d'action établi pour faire face à l'épuisement et destiné autant à l'individu qu'à l'employeur. Au cours de la conférence de 1982, le docteur Wehner a recommandé l'établissement d'un programme semblable aux programmes de sécurité et de prévention des incendies pour prémunir les professionnels contre les risques évidents "d'incendies" et pour les aider à faire face aux "incendies" inévitables (ainsi qu'à leurs conséquences) avec compétence et confiance et les empêcher de céder à la panique et au sentiment d'impuissance.

MODULE TROIS: RENÉGOCIATION

Bien que l'île où elle habite et travaille semble parfois trop petite à son goût, M^me^ Lazare apporte un peu de réconfort à ceux qui se demandent comment préserver son intimité lorsqu'on vit dans un "bocal à poisson". Elle nous éclaire sur les tensions que le contexte d'une petite ville peut susciter sur le plan de la famille et des amis, de l'identité personnelle, du sens des responsabilités et de la culpabilité. Elle offre quelques suggestions pour aider le professionnel à se protéger, résister aux intrusions, établir des limites à son rôle et se distraire (des soupapes). L'article de Barry Stein dans le chapitre 2 du présent manuel, explore des questions semblables.

Un module complet comprendrait des renseignements sur l'apprentissage des aptitudes nécessaires à la renégociation ainsi que des exercices comme: exprimer des critiques, faire des demandes raisonnables, refuser les demandes déraisonnables, arriver à des compromis acceptables et peut-être aussi exercer des pressions pour obtenir des réformes (au niveau des conditions de travail par exemple). Toutes ces aptitudes, et beaucoup d'autres encore, sont présentées dans les bons ouvrages sur la façon de s'affirmer. Les aptitudes à la renégociation peuvent

s'avérer utiles à celui qui veut réduire des responsabilités jugées excessives (le syndrome Charles Atlas par exemple). Les personnes qui font partie d'une équipe au service d'un organisme peuvent renforcer ce module en lui ajoutant des séances sur la formation des équipes ou sur toute autre forme d'organisation. Cependant, on peut réduire considérablement le stress sans procéder à une nouvelle répartition du travail ou à d'autres changements de comportement, en agissant au niveau des facteurs de stress qu'on retrouve dans les lieux de travail proprement dits, notamment le bruit, la fumée, les interruptions, etc. Les groupes qui luttent contre le stress (groupes semblables à ceux qui luttent pour améliorer la qualité de la vie au travail) y arrivent et réussissent à faire beaucoup plus encore en mobilisant les énergies des travailleurs et en les invitant à exiger des changements. Évidemment, ceux qui n'ont pas de moyens personnels de se réapprovisionner en énergie trouvent ce genre de négociation beaucoup trop stressant.

MODULE QUATRE: RECONNEXION

Miller et McSweeney se penchent sur les problèmes que présente le manque d'appui de la part des collègues et des supérieurs et sur d'autres menaces pour la survie souvent associées au travail en régions éloignées. Voici quelques-unes de leurs suggestions: des méthodes d'orientation et de sélection plus avisées, des contacts réguliers avec un conseiller qui connaît le milieu rural, des rencontres avec d'autres professionnels qui travaillent seuls, etc. Ces deux auteurs insistent sur la nécessité pour le travailleur isolé de tirer ses appuis de plusieurs sources à la fois: de ses supérieurs, du milieu universitaire et de ses contacts sociaux privés. Dans son mémoire, le docteur Sata fait de nombreuses suggestions utiles sur la façon d'établir des rapports significatifs avec les membres de la communauté desservie. Malheureusement, ce module sera probablement trop difficile pour ceux qui ont dépassé les premiers stades de la dépression d'épuisement, puisque les grands symptômes de cet état comprennent un certain nombre de comportements qui menacent les rapports avec les autres, notamment le désir de s'éloigner des autres, le détachement, l'aliénation, le cynisme, les soupçons et l'hostilité.

Il semble que la stratégie visant à construire un réseau de soutien social fiable et enrichissant (y compris au moins une amitié très ouverte sur le plan affectif) est plus efficace si elle est mise en oeuvre avant que les aptitudes sociales des sujets ne se soient détériorées ou après que les changements produits par l'un ou l'autre des trois premiers modules ne les aient substantiellement restaurées. Ceux qui ont l'expérience du travail au sein des réseaux familiaux auraient peut-être intérêt à ajouter un chapitre sur la reprise de contact avec la famille d'origine dans le but d'accroître le sentiment d'acceptation et d'appui tout en

réduisant l'impression de "travail inachevé" sur le plan professionnel. La restauration d'un degré optimal d'engagement envers le client (un intérêt objectif) est un important signe de succès sur le plan de la reconnexion. Cette étape du programme se prête souvent au renforcement des rôles joués par les caresses, les contacts physiques et les relations enrichissantes en général.

Évidemment, les observations et les articles auxquels ces remarques se rapportent ne sont qu'une introduction à ce domaine qui se développe rapidement. Lorsque ce manuel paraîtra, on possédera probablement une foule de données nouvelles sur le sujet. En attendant, vous pouvez voir à la fin du présent chapitre un guide sur les ressources disponibles dans lequel j'ai résumé suffisamment d'ouvrages additionnels pour permettre aux sujets ou aux groupes intéressés d'élaborer un programme de renouvellement complet et efficace. Une simple lecture du matériel disponible pourra répondre aux besoins de certains.

Il vous serait peut-être utile de revoir les résumés des différents modules et de vous poser certaines questions pertinentes, notamment: dans lequel des quatre modules avez-vous reconnu les sources de stress qui sapent le plus votre énergie? Vos stratégies d'adaptation sont-elles également tirées des quatre groupes de base? Dans quelle mesure êtes-vous prêt à travailler pour accroître votre force dans un domaine qui semble sous-développé? De même, êtes-vous prêt à mettre un frein à l'usage exagéré d'une stratégie donnée si celle-ci en est arrivée à aliéner vos collègues ou à vous nuire? Le sujet qui sent baisser son énergie ou se sent menacé dans son bien-être affectif a souvent tendance à mettre ses atouts tellement en évidence que ceux-ci finissent par devenir des faiblesses qui contribuent à accentuer la dépression d'épuisement au lieu de la prévenir.

Il est également mentionné dans les ouvrages que le degré de prédisposition aux risques présentés dans ce chapitre s'accroît dans la mesure du sentiment de solitude ou d'isolement que ressent le sujet dans son épuisement et son désenchantement, etc. Nous espérons que ce chapitre et les discussions qu'il suscitera permettront d'atténuer ce genre de sentiments tout en renforçant le sentiment de solidarité chez un bon nombre de ceux qui se sentent seuls face à leurs problèmes.

LA SURVIE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL*

Lindbergh S. Sata, M.D.,
titulaire de la chaire Samuel W. Fordyce,
chef du Département de psychiatrie,
St. Louis University Medical Centre,
St. Louis (Missouri)

Introduction

Lorsqu'on est étranger au sein d'un groupe, il est compréhensible de se sentir isolé, seul et aliéné. Cependant, en tant que personne de couleur, je sais pertinemment que bien que l'isolement puisse être du fait d'être différent des autres, ce genre de problème est moins grave que celui qu'entraîne le sentiment de ne pas être à la hauteur de la situation, de solitude, de manque de confiance en soi et d'exclusion. Lorsque je regarde en arrière, je me souviens d'avoir entrepris un voyage de 13 semaines dans 23 pays d'Amérique latine avec des connaissances très rudimentaires de la langue espagnole. Tant qu'il m'était possible de communiquer en anglais, ou par l'intermédiaire d'un interprète, je n'avais aucun problème. Mais bien souvent, à cause de mon incapacité de communiquer, je me retrouvais seul et j'évitais les échanges qui auraient pu constituer des expériences intéressantes ou même fascinantes. À mesure que passaient les semaines, je me sentais de plus en plus embarrassé et même parfois dépaysé. Puis un jour, par accident, alors que j'étais assis dans un parc, je me suis rendu compte que les enfants du pays toléraient volontiers mon espagnol boiteux. J'ai pu voir quelle joie ils ressentaient à me venir gentiment en aide et avec quelle patience ils s'acquittaient de cette tâche; et petit à petit ma capacité de communiquer en espagnol s'est mise à s'améliorer. Finalement, j'ai compris que j'avais un problème d'amour-propre et que mon narcissisme m'empêchait de communiquer avec les autres. C'est grâce à des enfants que je me suis rendu compte combien infantile mon comportement devait paraître et je leur suis reconnaissant d'avoir bien voulu m'aider à grandir.

À certains moments de ma vie, j'ai eu l'occasion d'apprécier la beauté de la solitude, j'étais seul sans me sentir isolé. Graduellement, j'ai découvert des façons de vivre et de communiquer avec moi-même qui m'ont permi de lutter contre l'impression de claustration ou de résister au désir pressant d'interaction avec d'autres humains. Ce sont ces

---

* Allocution principale prononcée au cours de la sixième Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural, le 14 septembre 1981.

expériences qui me permettent de vous parler aujourd'hui de survie. Car les travailleurs de la santé mentale, surtout ceux qui œuvrent en milieu rural, sont parfois considérés comme des êtres marginaux par leurs propres collègues. Dans notre domaine, on se sent souvent très seul devant le lourd fardeau de nos clients.

Admission et acceptation

Les défis auxquels doit faire face le nouveau-venu qui essaie de s'intégrer au sein d'une collectivité rurale valent la peine d'être définis et illustrés par des exemples. Pour survivre dans la nature, il faut se fondre dans le décor; ce principe de base s'applique également à la personne de l'extérieur qui désire se faire accepter par un groupe. Si l'intéressé ignore ce principe et se singularise par ses traits distinctifs, le groupe voit en lui l'incarnation d'un stéréotype. Une fois qu'une personne devient la cible d'idées préconçues, elle doit aussi lutter contre cet obstacle additionnel. Il y a environ 20 ans, j'ai eu l'occasion de vérifier cette théorie au cours d'une session de formation spécialisée de plusieurs mois dans le nord de l'État de New York. Je voulais connaître et comprendre la mosaïque humaine qui compose la population de la ville de New York. Toutes les fins de semaine, je me rendais dans cette ville, vêtu d'un jean délavé, d'une vieille chemise et d'un chandail fatigué, et je logeais dans de petits hôtels de quartier de Harlem, du quartier italien, du quartier portoricain et de Greenwich Village. Là, j'adaptais mon comportement à celui des résidents: je m'asseyais sur le bord du trottoir, sur les bornes-fontaines et sur les seuils de porte pour parler aux gens; non seulement ai-je été accepté facilement, mais j'ai aussi appris à connaître les valeurs de ces gens, leurs cultures, leurs modes de vie et leurs rêves. Comme je ne portais pas de bijoux et que les talons de mes chaussures étaient usés, j'ai non seulement été accepté, mais j'y ai aussi trouvé du plaisir et j'ai ajouté à mes connaissances.

Il y a deux ans, alors que je faisais de la consultation chez les Esquimaux d'Alaska, mon costume habituel était composé d'une chemise de laine, de jeans et de bottes; on me prenait souvent pour un Esquimau ou un Athpaskan.

Au cours de cette expérience, j'ai dû également essayer d'établir des rapports avec une culture dont je n'avais que des connaissances livresques. J'y ai appris à mieux connaître les conflits culturels qui divisent les autochtones et les blancs et les tensions différentes que ces conflits suscitent chez les membres des diverses cultures. En ce qui me concerne, j'y ai subi l'influence de l'environnement physique et du milieu culturel. J'avais déjà visité l'Alaska, mais pendant l'hiver seulement. Je n'avais donc aucune expérience de la vie dans un monde où aucun éclairage artificiel n'est nécessaire, sauf entre deux et quatre heures du matin. Ces longues journées presque sans nuit ont eu chez moi un effet bizarre qui, comme je l'ai appris par la suite, n'est pas

rare chez les gens qui visitent ces régions pour la première fois. J'ai d'abord ressenti une énergie inhabituelle: je faisais des entrevues jusqu'à une heure ou deux heures du matin, sans presque ressentir le besoin de sommeil. Si le genre de comportement qui était devenu le mien s'était maintenu ou aggravé, j'aurais été considéré, par les habitants, comme une autre victime de ce qu'on appelle là-bas "summer crazies" et qui est une espèce d'euphorie causée par le soleil de minuit.

Un jour que je visitais un camp de pêche situé sur la rivière Kuskokwim, je remarquai un objet qui brillait au bord de l'eau. Il s'agissait d'une bande de particules dorées qui s'étendait à perte de vue sur un quart de pouce de largeur. Immédiatement saisi par la fièvre de l'or, je fis part de ma découverte à mon hôte esquimau en criant: "Mais c'est de l'or!". Calmement, celui-ci s'approcha, jeta poliment un coup d'oeil par-dessus mon épaule et retourna à ses filets en disant négligemment: "On dirait bien". J'étais tiraillé entre la fièvre du chercheur d'or qui s'éveillait chez moi et la préoccupation de ne pas offenser mon hôte en me comportant comme un exploiteur venu d'ailleurs.

La nécessité de faire sentir aux habitants de la région qu'on s'intéresse à eux et qu'on les comprend est tout aussi importante que l'obligation de se fondre dans le décor. Ici encore, j'évoquerai une expérience que j'ai vécue il y a 15 ans alors que je passais les mois d'été dans le nord du Maine et que je découvrais combien il est difficile de tenir avec les gens de cette région une conversation qui constitue un véritable échange sur le plan humain. Les habitants du Maine sont un peu comme les Canadiens des régions rurales et ont tendance à ne pas se livrer et à communiquer par monosyllabes. Lorsque j'essayais d'engager la conversation en posant des questions ou en passant des commentaires, on me répondait souvent par un oui ou un non laconique sans qu'il y ait un véritable engagement. Un soir, dans la bibliothèque locale, je suis tombé par hasard sur des documents historiques concernant le grand incendie qui avait apparemment détruit une grande partie de la région en 1923. Intéressé, j'ai lu davantage sur le sujet et j'ai découvert que la population actuelle du lieu avait grandi sur les cendres du grand incendie et que bon nombre d'habitants avaient perdu la vie ou leur fortune dans cette catastrophe. Plusieurs jours plus tard, j'engageai un autre de mes monologues avec un résident du lieu et je lui demandai si sa famille habitait la région avant le grand incendie. Mon interlocuteur qui jusque là s'était montré poli, mais distant et peu loquace, devint soudainement animé et spontané; il me parla de sa famille et de ses voisins comme s'il voulait me faire comprendre que si je connaissais le grand incendie je devais être un "type" bien. Il m'invita par la suite à la réunion des citoyens pour me présenter à ses concitoyens comme "l'un des leurs". Bien qu'il reconnaissait le fait que j'étais un étranger, il voulait me souhaiter la bienvenue chez lui. On peut voir par là que lorsqu'un étranger arrive dans une collectivité, il doit, s'il désire communiquer avec les membres de cette collectivité, commencer par apprécier et reconnaître leurs valeurs.

La famille

Les familles qui doivent se transplanter dans une nouvelle collectivité sont inévitablement soumises à un stress dont la gravité peut varier. Les problèmes auxquels la famille aura à faire face dans son nouveau milieu dépendent aussi en grande partie de ce que le déménagement est le fruit ou non d'une décision partagée par tous les membres de la famille. Alors que la plupart d'entre nous sommes préoccupés par une anxiété anticipée, il faut reconnaître le rôle que joue la famille dans la réorientation des relations et le renforcement de l'unité familiale au cours de ces déménagements.

Les pressions que doit subir chacun des membres de la famille dépendent en très grande partie du rôle qu'il a à jouer au sein de la cellule familiale. L'adaptation du groupe familial à son nouveau milieu dépend de la souplesse et de la capacité d'adaptation de chacun de ses membres. Bien que dans toute collectivité, certaines attentes soient les mêmes partout, les différences qui marquent les familles au sein de cette même collectivité sont considérables et constituent un pluralisme culturel plutôt qu'une culture unique. En tant que professionnels de la santé mentale ayant la formation nécessaire pour comprendre et atténuer les effets du stress dans la vie des autres, nous devrions mettre ces connaissances en pratique dans nos vies quotidiennes; nous pouvons apprendre les uns des autres. Bien que j'aie un bagage de connaissances important en matière de comportement humain, il n'est pas rare que mes enfants soulignent des aspects de ma personnalité qui ont besoin d'être réexaminés ou modifiés. Le fait de communiquer et de discuter des pressions nouvelles auxquelles doit faire face la famille qui cherche à prendre racine dans un nouveau milieu renforce les liens qui unissent les membres du groupe familial et fournit à chacun un réseau de soutien extrêmement important.

La fatigue

La fatigue des travailleurs de la santé mentale qui oeuvrent sur le terrain est attribuable au stress qui draine la résistance affective plutôt que physique. On sait bien que l'exercice physique peut, de lui-même, réduire substantiellement la fatigue mentale. Il est probablement aussi important de discipliner son corps que son esprit si l'on veut être en mesure de se consacrer entièrement aux exigences quotidiennes de son travail. Bien que j'aie été sportif dans ma jeunesse, je n'ai jamais été intéressé par la course à pied; cependant, j'essaie d'avoir une alimentation saine. De temps à autre, je fais des redressements et des répulsions au sol et j'essaie de conserver une certaine activité en faisant des travaux à la maison, etc. Comme bien d'autres, à l'occasion, je me suis intéressé à l'autohypnose, à la méditation transcendantale et au yoga, et bien que je trouve l'expérience stimulante chaque fois que je m'y adonne, il m'est difficile de m'y astreindre de façon régulière. Pour un grand nombre d'entre nous, notre travail, qui consiste à apporter de l'aide aux personnes qui en

ont besoin, constitue la principale source d'activité significative. Bien que chacun des sujets que je viens de mentionner puisse être discuté en détail et devrait l'être par ceux qui s'y intéressent, j'aimerais mettre l'accent sur les façons d'intégrer aux activités courantes de votre vie professionnelle, des activités propres à réduire la fatigue.

Il faut avant tout se rappeler qu'aucun de nous ne se doit de tout faire, quelle que soit l'importance que nous croyons avoir. C'est lorsque je me prends trop au sérieux et que j'en viens à croire à ma propre omnipotence que je m'attire des ennuis. Si je me reprends à temps et considère les choses avec plus de philosophie, la tâche se transforme d'elle-même et ne m'apparaît plus aussi menaçante.

Il importe aussi de se constituer un réseau social de soutien parmi les autres travailleurs de première ligne: ceux qui assistent à cette conférence et ceux avec qui vous travaillez.

Par contre, si, comme je le fais souvent, vous travaillez seul, vous devriez peut-être avoir recours à une méthode que je trouve très utile. Je dialogue avec des amis, des professeurs et des collègues partout où je vais. J'essaie de déterminer lesquels peuvent me conseiller, m'écouter, comprendre mes sentiments, et je me rappelle des expériences et des conversations passées. Je prends des notes et parfois je téléphone à quelqu'un à qui je n'ai pas parlé depuis des années.

Questions de visibilité

La plupart des gens qui entreprennent de nouveaux projets le font avec enthousiasme. S'il est bien canalisé, cet enthousiasme peut se communiquer aux autres et les amener à participer aux projets concernés. Les nouveaux projets mettent en évidence les qualités de meneur et la compétence professionnelle de la personne qui les entreprend. Cependant, le fait d'être compétent et d'avoir des aptitudes particulières peut constituer une arme à double tranchant, surtout si la personne concernée continue d'avoir besoin de prouver sa compétence. Un comportement semblable a plusieurs conséquences possibles. Si vous êtes compétent, les autres risquent de trop compter sur vous et d'exiger de plus en plus de vous, ce qui augmente votre fardeau au lieu de l'alléger. Et en cas d'échec, on risque de perdre de vue que vous êtes humain et faillible après tout, et la perte de prestige peut être énorme.

Comment éviter de telles situations? Si vous commencez à avoir l'impression qu'on exige trop de vous, demandez-vous si vous ne vous êtes pas mis vous-même dans cette situation.

Les programmes et les services possèdent des caractéristiques qui les font ressembler non seulement aux gens, mais aussi aux plantes. Le sol doit être labouré et préparé, et la plante elle-même a besoin de

soleil, de chaleur, d'eau et d'éléments nutritifs en quantité raisonnable pour favoriser sa croissance et sa maturation. Lorsqu'on met sur pied un service, trop d'enthousiasme peut se traduire par une préparation inadéquate ainsi qu'une croissance et un développement trop rapides qui risquent d'aboutir éventuellement à un échec. Il est probablement plus sage de rester en harmonie avec la collectivité auprès de laquelle vous travaillez afin de permettre à celle-ci de croître avec vous et d'apporter son plein appui aux services que vous créez pour elle. Une telle attitude fait de vous le primus inter pares plutôt qu'un messie ou le chef de groupe. Elle permet également d'éviter une confiance et une dépendance excessive de la collectivité à votre égard; elle empêche qu'on vous juge négativement comme étant trop radical, trop avant-gardiste, etc. Utilisez à plein vos aptitudes en matière de relations interpersonnelles pour donner la vedette aux autres membres de la communauté. Si vous leur permettez d'être au premier plan avec vous, vous serez plus facilement accepté, vous vous bâtirez un réseau de soutien et, surtout, les questions de santé mentale deviendront la responsabilité du groupe autant que la vôtre.

Comment faire face au stress

TABLEAU I

Les causes de stress liées au travail

- Capacité de faire son travail
- Conflit de rôle
- Manque d'autorité
- Ambiguïté quant au rôle
- Interruptions
- Charge de travail (sur les plans qualitatif et quantitatif)
- Supervision
- Rapports avec les pairs
- Rapports avec les autres unités
- Responsabilités envers les autres
- Évaluation

Le tableau I est une liste partielle des agents de stress couramment associés au travail. Bien que les causes de stress d'origine professionnelle varient d'une personne à l'autre, elles sont liées aux agents de stress d'origine sociale, aux comportements qui présentent un risque d'affections coronariennes et à un piètre état de santé physique et mentale.

L'évaluation, par la personne concernée, des facteurs de stress inhérents à son travail constitue un pas important dans la voie de la lutte contre le stress. S'il est suffisamment spécifique, le processus

aide à déterminer les causes du stress et à préciser si les interventions doivent viser 1) le travail, 2) les relations avec les collègues ou 3) la vie personnelle. Il est possible que la tâche qui lui a été assignée empêche la personne de fonctionner adéquatement; dans ce cas, il faut envisager une mutation ou une nouvelle affectation. Les rapports avec les supérieurs, les subalternes et les pairs peuvent être améliorés grâce à des discussions et des négociations. Le stress dans la vie personnelle peut être réduit par des exercices, un régime alimentaire sain et la méditation, par exemple.

Lorsque l'entreprise elle-même se joint aux employés pour essayer de réduire le stress causé par le travail, un certain nombre de solutions positives peuvent voir le jour. Ainsi, dans certaines entreprises où le travail est une source importante de stress, on a mis au point une formule qu'on peut décrire brièvement comme un programme d'emploi "quatre-deux-quatre". Ce programme fonctionne comme suit: deux postes à temps plein sont occupés par trois personnes. Chacune de ces trois personnes travaille huit mois par année, répartis de la manière suivante: quatre mois de travail, deux mois de congé, et ainsi de suite. De cette manière, il y a toujours deux des trois titulaires des postes pour faire le travail et chacun a l'occasion, au cours de ses quatre mois de travail, de travailler avec ses deux collègues, à tour de rôle. Ce programme exige que les trois personnes concernées soient compatibles, que chacune d'elles consente à ne travailler que huit mois par année et que toutes trois acceptent ce genre de calendrier de travail. Un tel système exige également des travailleurs à plein temps afin d'assurer une permanence; mais ce genre de roulement s'est révélé une excellente solution pour les mères qui ont de jeunes enfants, les personnes qui aiment voyager, etc. Il est intéressant de constater que les gens qui participent à ce genre de programme ont tendance à travailler avec plus d'ardeur; si les trois personnes concernées sont consciencieuses, il y a peu de danger que les clients soient négligés et les problèmes qu'occasionne le transfert des cas d'un professionnel à l'autre sont minimes.

Dans les ouvrages de plus en plus nombreux consacrés au stress, il existe toute une gamme d'échelles d'auto-évaluation; de nombreux exemples sont donnés dans les suggestions de lecture annexées au présent mémoire. Le tableau II est une liste descriptive des conditions qui produisent du stress. Mise au point par Charles Seashore, cette liste comprend des renseignements et des stratégies qui visent à modifier certains comportements.

TABLEAU II

Conditions de stratégies

1) Surmenage:	stimulation, exigences ou dépense d'énergie excessives - surcharge de travail - manque de temps - exigences non réalistes
2) Isolement:	perte de contact - aliénation - manque d'information et de ressources - sentiment d'abandon - manque d'orientation en ce qui concerne le travail - impression de dépersonnalisation
3) Blocage:	sentiment d'être coincé - enfermé - absence de gratifications - manque de débouchés - impression de piétiner - absence de perspectives
4) Empêtrement:	impression de restriction - démarche pénible - obstacles nombreux - trop de gens - paperasserie administrative - les buts ne valent pas les efforts déployés
5) Refoulement:	absence de soupapes - impossibilité d'exprimer ses sentiments - a peur et se sent menacé - passé lourd de problèmes non réglés - impression que ça ne donne rien d'essayer d'amener les autres à comprendre
6) Absence de direction:	complètement perdu mais ponctuel - manque de priorités et d'objectifs bien définis - ne comprend pas où il se situe dans le contexte existant - ne sait comment apporter sa contribution
7) Éparpillement:	se laisse envahir par les besoins, les buts et les priorités des autres - accessible à trop de gens qui exigent trop - perd de l'énergie à essayer de faire trop de choses à la fois - a l'impression de perdre le contrôle - ne sait pas dire non
8) Procrastination:	n'essaie pas de s'attaquer aux causes de stress - permet à la pression de s'accumuler en gérant mal son temps - manque de discipline ou est incapable de s'engager envers les autres et de tenir ses engagements

9) Conflits d'obligations: se sent coupable quoi qu'il fasse - exigences et demandes conflictuelles - les progrès sont causes de problèmes - trop de maîtres

10) Cupidité: tout ce qui vaut la peine d'être fait vaut la peine d'être fait avec excès - veut tout faire - doit saisir toutes les occasions - besoin et désir insatiables de choses et d'expériences

11) Mauvaise forme: ne s'occupe pas de son propre corps - se fatigue facilement - manque d'énergie - satisfait tous ses caprices - mauvaises habitudes de vie - abus de l'alcool ou d'autres drogues - modes de comportement et modes de vie qui ne favorisent pas l'adaptation.

Tous, à certains moments de notre vie, nous avons vécu ces genres de conditions; certains en font plus souvent l'expérience que d'autres. Elles représentent des modes de comportement que nous avons appris et avec lesquels nous sommes à l'aise, en dépit du fait qu'ils ne sont ni nécessaires ni impossibles à modifer.

Par exemple, je m'adonne à la procrastination lorsque je taille mes crayons, nettoie mon pupitre, trie du vieux courrier, de vieux comptes ou de vieilles factures au lieu de faire ma déclaration d'impôt. Si je me laissais aller sans essayer de me ressaisir, ces activités pourraient se prolonger pendant plusieurs semaines. Bien que mon comportement n'ait pas changé, j'ai réduit le temps que je consacre à ce drôle de rituel à 15 minutes ou moins. Une façon de contrôler les modes de comportement non productifs consiste à accepter ses propres déficiences et à jouer de ce comportement comme d'un accordéon: comprimer plutôt qu'allonger le temps consacré aux comportements non productifs qui contribuent à produire du stress.

Il y a aux États-Unis un jeu populaire appelé Dungeons and Dragons; ce jeu permet aux gens de se servir de leur propre créativité pour surmonter les obstacles et créer leurs propres héros. Je mentionne ce jeu pour démontrer que nous avons tous, dans notre existence, des dongeons et des dragons que nous avons créés nous-mêmes. Nous avons peur de nos propres dongeons et dragons parce que nous les avons créés nous-mêmes dans le but de nous effrayer ou de nous maîtriser. Ces vieilles images remontent souvent à la surface lorsque je suis tendu et elles accroissent mon sentiment d'insécurité, d'aliénation et d'impuissance. Les images me paraissent immenses si je me permets d'oublier que lorsque je les ai créés j'étais tout petit et que mes dongeons et dragons représentaient des adultes qui étaient alors pour moi des géants.

Plusieurs d'entre nous, adultes, traitent ces fantômes du passé comme s'ils existaient vraiment au lieu de les prendre pour ce qu'ils sont; nous consacrons une quantité énorme de temps et d'énergie à lutter contre eux. Comme ils remontent toujours à la surface lorsque nous avons besoin de toute notre énergie pour lutter contre le stress occasionné par de nouvelles tâches, il n'est pas surprenant que nous nous sentions toujours fatigués.

Je ne crois pas avoir parlé de choses qui vous sont inconnues. Ce qui diffère dans mon exposé, c'est l'usage que je fais du mot "je" afin d'avouer mes aspirations aussi bien que mes lacunes en tant qu'être humain et afin de partager avec des collègues certaines opinions et expériences personnelles. Je fais le voeu que l'emploi du pronom "je" au lieu de "vous", "ils" et "nous", devienne la norme de travail au cours de cette conférence très particulière où il sera question de développement personnel autant que professionnel. Enfin, j'espère que vous pourrez découvrir certains de vos dongeons et de vos dragons personnels, que vous pourrez les affronter tout en échangeant et en partageant avec les autres et qu'au lieu de les ramener chez-vous, vous leur rendrez leur liberté lorsque vous quitterez Kelowna afin qu'ils puissent errer dans les forêts et les montagnes.

OUVRAGES PROPOSÉS

I. COMPRENDRE LE STRESS

Adams, J.D., Hayes, J. et Hopson, B. Transition. London: Martin Robertson and Company, 1976. (Allenheld, Osmun & Co. 19 Brunswick Rd. Montclair, NJ, 07942)

Dudley, D., et Welke, E. How to Survive Being Alive. Double & Company, Inc., 1977.

McQuade, W. et Aikman, A. Stress. Bantom Books, 1974.

Selye, H. Stress sans détresse, Éditions La Presse, 1974.

Sheehy, G. Passages: les crises prévisibles de l'âge adulte. Belfond, 1977.

II. COMMENT CRÉER ET UTILISER DES RÉSEAUX DE SOUTIEN

Jourard, S.M. The Transparent Self. Van Nostrand Reinhold, 1967.

Seashore, C. et Seashore E.W. "Managing Stress by Building Support Systems." The Dallas Connection. R.A. Luke (éd). National Training and Development Service, 1974.

III. FACTEURS ADMINISTRATIFS: NORMES, PRATIQUES ET POLITIQUES

French, J.R.P. et Caplan, R.D. "Organizational Stress and Individual Strain." The Failure of Success. A. Marrow (éd). AMACOM, 1974.

IV. CONTRÔLE DE SOI: LA NUTRITION

Cheraskin, E., Ringsdorf, W.M., et Brecher, A. Psycho-dietetics. Stein and Day, 1974.

Davis, A. Let's Eat Right to Keep Fit. Harcourt, Brace, Jovanovich, 1954, 1974.

V. CONTRÔLE DE SOI: LES EXERCICES

Cooper, K. Aerobics. M. Evans and Co., 1968.

Leonard, G. The Ultimate Athlete. Viking Press, Inc.

Hittleman, R. Introduction to Yoga. Bantam Books, 1969.

VI. CONTRÔLE DE SOI: LA RELAXATION

Benson, H. The Relaxation Response. William Morrow and Company, Inc., 1976.

Lamott, K. Escape from Stress. G.P. Putnam's Sons, 1975.

Lilly, J. Center of the Cyclone. Bantam Books.

VII. CONTRÔLE DE SOI: LA CONNAISSANCE DE SOI

Boston Women's Health Book Collective. Our Bodies Ourselves. Simon and Schuster, 1971.

Ornstein, R. The Psychology of Human Consciousness. Viking, 1973.

VIII. CONTRÔLE DE SOI: PROGRAMME PERSONNEL

Lakein, A. How to Get Control of Your Time and Your Life. Peter H. Wyden, Inc., 1974.

Webber, R. Time and Management. Van Nostrand Reinhold, 1972.

FACTEURS DE FATIGUE ET RENOUVEAU: UNE ENQUÊTE PERSONNELLE

Norma Tessier, I.A.
travailleuse indépendante en santé mentale communautaire
La Rivière (Manitoba)

Au cours des recherches préparatoires à mon exposé, j'ai decidé d'isoler et d'explorer en profondeur un aspect de ma fatigue qui a une signification capitale: il s'agit de ma responsabilité pour ce qui est d'éviter la fatigue. Mon exposé prend la forme d'un défi que je lance à tous les responsables de la prestation des soins afin de les inciter à s'arrêter à l'idée que dans bien des cas le stress que nous créons nous-même est une source de fatigue tout aussi importante que les exigences inhérentes à notre travail. J'aimerais tout d'abord dire que la fatigue et la dépression d'épuisement sont deux choses différentes. La dépression d'épuisement est un syndrome dont la plupart d'entre nous avons une connaissance au moins intellectuelle. (Voir les autres chapitres de la présente section.) À mon avis, la dépression d'épuisement est l'aboutissement d'une fatigue chronique non reconnue et traitée inefficacement. Je voudrais donc que le présent chapitre vous permette d'établir, pour votre usage personnel, une liste des symptômes de fatigue pertinents et faciles à reconnaître pour vous aider à renverser le processus lorsque celui-ci semble aller trop loin.

J'espère que vous pourrez mettre au point une méthode d'évaluation de votre mode de vie qui vous permette, le cas échéant, de prendre des mesures pour alléger le stress auquel vous êtes soumis quotidiennement. Je voudrais également que mes commentaires vous aident à élaborer un plan pour atténuer le stress associé aux habitudes de vie susceptibles de saper votre énergie. J'espère que mes questions et mes observations vous encourageront à analyser les principaux aspects de votre mode de vie qui peuvent influer sur votre fatigue. Mes propres recommandations pour éviter ou soulager la fatigue ne seront pas formulées directement, mais seront sous-entendues dans mes questions.

J'aborderai quatre grands aspects du fonctionnement humain, à savoir les dimensions physique, intellectuelle, affective et spirituelle (Tableau I et II). En étudiant ces quatre aspects pour moi-même, j'ai trouvé qu'il était utile d'appuyer ma démarche introspective sur des questions préparées à l'avance, car il est difficile de se les rappeler (surtout lorsque la fatigue se met de la partie). Bien que ces questions aient pour objet de vous aider à reconnaître les premiers signes de la fatigue accumulée, elles peuvent aussi servir à déterminer dans quelle mesure vous êtes détendu, car la détente totale fait appel aux quatre aspects dont nous venons de parler.

Détente et regain de vigueur physiques

Lorsqu'on se sent fatigué, on doit tout d'abord faire l'inventaire des causes possibles sur le plan physique. Tout en vous servant de mes questions, vous pourrez profiter davantage de cette démarche si vous essayez de penser à d'autres questions qui reflètent vos faiblesses et vos atouts particuliers.

- Est-ce que je dors suffisamment? De combien d'heures de sommeil ai-je besoin pour être en forme? Est-ce que j'ai l'occasion de profiter régulièrement de ces heures de sommeil?

- Au cours de la journée, est-ce que je suis capable de me détendre? Est-ce que je laisse la tension musculaire s'installer dans la fièvre du travail?

- Suis-je en bonne santé? Ai-je subi un examen médical périodique cette année?

- Est-ce que je fais quotidiennement des exercices physiques vigoureux et satisfaisants pour rester en forme et plein d'énergie?

- Mon poids est-il dans les limites recommandées pour mon âge et ma taille?

- Est-ce que je mange régulièrement? Mon alimentation est-elle bien équilibrée et mon apport en calories suffisant? Mon alimentation répond-t-elle à mes besoins nutritionnels?

- Suis-je attentif à ne pas charger mon organisme d'hydrates de carbone raffinés et d'autres stimulants tels que le café, le thé et les boissons à base de cola? Ces éléments font fluctuer la glycémie et contribuent certainement à fatiguer l'organisme.

- Jusqu'à quel point mon milieu ambiant est-il libre de stress? Est-il confortable, bien éclairé, bien aéré et libre de perturbations de toutes sortes telles que les bruits gênants et les interruptions constantes?

- Est-ce que je fume beaucoup? Quels sont les autres polluants que j'inhale?

- Suis-je absolument certain que la consommation d'alcool et les activités qui y sont associées, ne sont pas souvent la cause de ma fatigue? Cet aspect doit faire l'objet d'une attention spéciale. En effet, des études ont démontré qu'une consommation fréquente d'alcool est directement liée à une baisse d'intérêt pour d'autres activités, notamment le travail. L'augmentation de la consommation d'alcool est souvent l'un des premiers signes de la dépression d'épuisement.

- Suis-je attentif à maintenir autant que possible l'équilibre entre le travail intellectuel et l'activité physique? Suis-je devenu trop sédentaire?

- Est-ce que je m'adonne tous les jours à une activité qui m'apporte du plaisir? Lorsque je travaille, il m'arrive souvent d'oublier complètement de m'amuser.

Si vous avez donné peu de réponses affirmatives à ces questions, vous savez probablement déjà pourquoi vous avez moins d'énergie que vous aimeriez en avoir.

Détente et regain de vigueur intellectuels

C'est la pensée qui fait l'homme. Ces mots de la Bible sont répétés mille fois par Ellis (Rational Emotive Therapy) et dans la thérapie cognitive de Beck, Meichenbaum, Mahoney, etc. Les pensées négatives et le désordre provoquent le stress et la fatigue. L'ordre ainsi que la pensée positive et réfléchie sont sources d'énergie. Voici donc les questions que je me pose.

- Suis-je généralement assez méthodique dans l'organisation de mon temps? Une fois que mon horaire est établi, y suis-je fidèle tout en restant raisonnablement souple?

- Est-ce que je passe régulièrement en revue mes obligations et mes responsabilités envers moi-même et envers les autres?

- Ai-je su me fixer des objectifs personnels, familiaux et professionnels susceptibles de donner un sens à la plupart de mes activités et de me rendre satisfait de mon emploi du temps? Bref, suis-je raisonnablement efficace dans la planification et l'utilisation de mon temps?

- J'analyse ma propre façon de penser. Je me rends compte qu'à certains moments ma pensée est claire et bien orientée, alors qu'à d'autres moments, elle est vague, rêveuse, absente et envahie par un grand nombre d'idées importunes. Si je ne fais pas un effort conscient pour améliorer ma façon de penser, celle-ci peut devenir une grande source de stress et de fatigue. Il est préférable que ma pensée soit relativement positive, calme, claire, bien orientée et exempte de jugements et de remords. Bien des gens croient que l'homme n'a aucun contrôle sur sa pensée et son contenu. Cela n'est pas vrai, et les personnes dont la pensée est source de stress auraient intérêt à considérer l'une ou l'autre des thérapies cognitives.

- Quelles sont les choses qui me stimulent sur le plan intellectuel? Est-ce que je prends soin de m'adonner à ces activités assez souvent pour répondre à mon besoin de défis?

- Suis-je capable d'éviter les réflexions inquiétantes et morbides, les craintes et autres habitudes négatives, notamment les remords, l'envie et le ressentiment?

- Suis-je disposé et prêt à me remettre en question (c'est-à-dire mes idées, mes préjugés, etc.) en faisant un véritable effort pour garder l'esprit ouvert et chercher à me renseigner davantage?

- Suis-je convaincu que mon travail est important et que les autres l'apprécient? Mes décisions sont-elles le fait de mes propres perceptions, bien que je respecte les opinions des autres? Suis-je attentif à évaluer régulièrement mes progrès ainsi qu'à reconnaître et apprécier mes réalisations?

Détente et renouveau affectifs

Passons maintenant au stress causé par l'émotion. Certaines personnes se sentent bien lorsqu'elles sont seules alors que d'autres recherchent la compagnie de leurs semblables. Les sources de stress peuvent être intrapersonnelles et interpersonnelles. Votre fatigue et votre stress peuvent être du fait que vous dépensez beaucoup de votre énergie à contenir ou à combattre des émotions pénibles tout au long de vos activités quotidiennes. Si vous croyez que ce pourrait être votre cas, posez-vous les questions suivantes afin d'examiner un peu plus en profondeur les risques auxquels vous êtes exposé sur le plan affectif.

- Suis-je vraiment libre de toute crainte? Avant de répondre par l'affirmative, arrêtez-vous un peu aux domaines suivants: Avez-vous des inquiétudes sur le plan financier? Vous êtes-vous déjà rendu compte que vous ne pouviez vous permettre de ne compter que sur vous-même? Cela vous a-t-il fait peur? Avez-vous perdu une personne de votre entourage sur qui vous dépendiez? Avez-vous des inquiétudes sur le plan sexuel? Êtes-vous inquiet de votre santé? Les nouvelles du monde entier rapportées par la radio et la télévision et devant lesquelles vous vous sentez impuissant créent-elles chez vous un vague sentiment d'inquiétude? Les rapports d'accidents et de perturbations atmosphériques vous inquiètent-ils? Avez-vous peur de vous blesser ou de perdre la vie? Êtes-vous préoccupé par la pollution? La vieillesse vous fait-elle peur? Avez-vous des doutes quant à votre propre compétence? Craignez-vous que quelqu'un ne vienne vous rappeler d'anciennes humiliations ou d'anciens méfaits? Il est souvent difficile de reconnaître la peur tant qu'on ne prend pas le temps de réfléchir calmement à ce qui nous a inquiété tout au long de la journée.

- Où en suis-je dans mes relations interpersonnelles? Suis-je relativement exempt de colère et de ressentiment à l'endroit d'une autre personne, d'un organisme ou de l'autorité, ou suis-je la plupart du temps "en colère"? Suis-je relativement exempt de sentiments névrotiques de culpabilité à cause de fautes passées ou d'actions actuelles? Puis-je vraiment dire qu'il n'y a pas, dans ma vie actuelle, de sources permanentes de frustration que je n'ai pas encore essayé de régler? Mes rapports avec mon conjoint, mes enfants, mes parents, mon patron, mes collègues de travail et les autres personnes de mon entourage sont-ils généralement affables ou y a-t-il des relations que je devrais améliorer?

- Est-ce que je me sens toujours seul ou ai-je un sentiment d'appartenance? Y a-t-il quelqu'un vers qui je peux me tourner en toute confiance lorsque j'ai besoin de compréhension et d'appui, ou simplement d'une oreille attentive, ou ai-je l'impression que je suis seul face à mes problèmes?

- En toute franchise, suis-je généralement à l'aise dans la plupart de mes relations avec les gens? Toujours dans mes relations avec les autres, ai-je vraiment aucune tendance à éviter les responsabilités par la duperie, la manipulation ou autres tactiques semblables qui sont sources de stress?

- M'est-il difficile de respecter les autres et de ne pas assumer leurs problèmes et essayer de leur apporter des solutions?

- M'est-il difficile de dire "je ne sais pas"? Le fait d'avoir à avouer ma faillibilité crée-t-il chez moi une angoisse qui draine mon énergie?

- Suis-je assez sûr de moi dans la plupart des situations, c'est-à-dire ni trop agressif, ni trop timide?

- Y a-t-il des personnes pour partager mon enthousiasme et mes intérêts sur les plans professionnel et social?

- Suis-je généralement capable d'exprimer par des actes appropriés les bons sentiments qui m'animent envers les autres, sans me sentir trop gêné?

- Suis-je généralement capable d'accepter les ouvertures et l'affection des autres?

- Quels sont mes besoins de socialisation et de solitude, et dans quelle mesure suis-je capable de maintenir l'équilibre entre les deux?

Détente et renouveau spirituels

Pour finir, j'aimerais vous parler de l'aspect spirituel de la fatigue.

À mon avis, le malaise spirituel constitue une source de stress plus importante que ne le croient bon nombre de gens. Ceux qui croient qu'un Créateur bienveillant est au centre de leur vie ont constamment accès à la source suprême qui leur apporte appui, raison d'être et vitalité. Ceux qui ne peuvent bénéficier continuellement d'une telle source d'énergie pour les soutenir sont plus vulnérables à la fatigue. Bien sûr, la spiritualité et la foi ne peuvent à elles seules réduire le stress et améliorer vos chances de survie, à moins qu'une foi totale suffise à donner un sens à votre vie de tous les jours.

À ce propos, je trouve utile de me poser de temps en temps les questions suivantes.

- Mon travail garde-t-il pour moi un sens spirituel?
- Dans quelle mesure ma vie quotidienne est-elle fondée sur ce qui, pour moi, sont des principes spirituels?
- Est-ce que je me fais un devoir de consacrer chaque jour une certaine période à l'examen de conscience, la confession, l'action de grâce, la prière et la méditation?
- Est-ce que foncièrement je crois au pardon, au rachat et à la réconciliation? Suis-je généralement porté à réparer les relations tendues?
- Quelle est la mesure de ma participation à la vie d'une communauté d'âmes soeurs qui s'aident mutuellement et avec qui je peux exprimer mes convictions spirituelles?

Conclusion

De se mettre ainsi à nu peut parfois exiger une bonne mesure d'ouverture d'esprit, mais en réduisant notre fatigue et en nous rendant plus agréable pour les autres, le processus peut nous apporter des avantages énormes. Évidemment, il y aura toujours des gens pour nous appuyer lorsque nous sommes tentés d'attribuer notre fatigue à notre environnement (sans mentionner l'esprit de contradiction des collègues de travail) avant d'avoir essayé d'évaluer nos propres tactiques infructueuses de survie. À mon avis, nous devons au moins nous demander si nous, qui savons si bien prendre soin des autres, prenons vraiment tous les moyens à notre disposition pour assurer notre propre survie.

En résumé, nos chances de survivre (et idéalement de nous épanouir) sans succomber à la fatigue chronique dans le domaine de la santé mentale dépendent en grande partie de notre volonté de surveiller et de modifier nos habitudes de vie et notre façon de prendre soin de nous-mêmes. À tort ou à raison, le public nous considère comme des personnes fortes capables de diriger et d'aider ceux qui en ont besoin. Nos clients et nos employeurs ne s'attendent pas à devoir nous venir en aide. Si nous ne prenons pas soin de nous-mêmes, personne ne le fera pour nous. Nous devons donc prendre nos responsabilités.

INVENTAIRE DES HABITUDES DE VIE

Tableau 1 : les habitudes qui sont sources d'énergie

Plan physique	Plan intellectuel	Plan affectif	Plan spirituel
- dormir suffisamment - avoir une vie régulière - éviter les sédatifs - avoir une alimentation équilibrée et régulière - réduire le plus possible la consommation de caféine, d'alcool, d'hydrates de carbone concentrés et de tabac - faire régulièrement de l'exercice - éviter les longues périodes ininterrompues d'activité sédentaire - garder son milieu de travail confortable : - bon éclairage - air pur - raisonnablement exempt de bruit - lieu de travail bien organisé - garder son milieu de travail relativement exempt des interruptions - surveiller sa santé - consulter le médecin en cas d'infection, de douleur, de trouble fonctionnel quelconque - subir un examen médical tous les ans - entretenir des contacts avec les autres - rester optimiste	- se fixer des objectifs quotidiens (personnels et professionnels); agir avec méthode, établir un ordre de priorité - essayer de terminer chaque tâche entreprise, dans la mesure du possible - entretenir des pensées positives à son endroit et à l'endroit des autres - éviter le blâme, l'apitoiement sur soi-même, le pessimisme et l'obsession des vieilles erreurs passées - entretenir des attentes réalistes à l'égard de soi-même et des autres - réconnaître régulièrement les succès remportés - adopter une méthode ferme pour résoudre les problèmes - a) pour déterminer le problème - b) pour le résoudre étape par étape - garder l'esprit ouvert et rester prêt à apprendre - accepter régulièrement de nouveaux défis	- cerner toute source de tension, de culpabilité, de ressentiment, de peur (et prendre sur-le-champ des mesures pour régler le problème) - consacrer régulièrement une période à la détente musculaire - rester fidèle à soi-même dans son mode d'expression - définir et résoudre tout de suite les conflits avec les autres - s'adonner tous les jours à des activités qui sont sources de détente, de plaisir et de satisfaction	- adopter et conserver une philosophie de vie définie qui comprend des raisons d'espérer et d'être optimiste - maintenir un équilibre sain entre la dépendance et l'indépendance à l'égard des autres - être attentif aux besoins des autres - éviter l'égoïsme à outrance - consacrer régulièrement du temps à la camaraderie avec ses semblables - faire régulièrement, avec objectivité et honnêteté - un examen de conscience - une confession ouverte - une réparation des torts faits aux autres - se comporter d'une manière conforme à sa philosophie ou à ses croyances personnelles - consacrer du temps à la prière et à d'autres formes d'expression personnelle et de renouveau

REMARQUE : ces recommandations ont été élaborées par l'auteur pour son usage personnel; elles ne sont aucunement obligatoires.

INVENTAIRE DES HABITUDES DE VIE
Tableau II : les habitudes qui sapent l'énergie

Plan physique	Plan intellectuel	Plan affectif	Plan spirituel

- le manque de sommeil
- une vie irrégulière
- l'usage de sédatifs
- l'abus de l'alcool
- l'usage excessif de stimulants
- une alimentation irrégulière
- un régime alimentaire inadéquat
- une forte consommation d'hydrates de carbone
- une alimentation excessive
- l'usage du tabac
- le manque d'exercice
- un mode de vie sédentaire
- un milieu de travail inadéquat
- un éclairage inadéquat
- une température ambiante inconfortable
- un air vicié
- des interruptions constantes
- un niveau de bruit élevé
- des vêtements mal adaptés
- la négligence face :
  - aux infections
  - à la douleur chronique
  - aux troubles fonctionnels
	- des pensées négatives
	- l'habitude de s'apitoyer sur son propre sort
	l'habitude de dramatiser tous les événements
	- le blâme
	- la rumination (sur les erreurs passées par exemple)
	- le refus d'être optimiste
	- une pensée sans direction
	  - vague
	  - gênante
	  - irréaliste
	
	- l'incapacité de cerner adéquatement les problèmes
	- l'incapacité d'établir des objectifs
	- le manque d'organisation
	l'incapacité d'établir un ordre de priorité
	- l'incapacité de mener à bien ses plans
	- l'incapacité de reconnaître le succès (ou l'échec)
	- le manque de stimulation
	- l'ennui
	  - "un esprit fermé"
	  - le manque d'imagination
	  - l'incapacité d'accepter les défis
	- l'incapacité de collaborer
		- entretenir des sentiments
		  - de culpabilité
		  - de rancoeur
		  - de peur
		
		- des conflits prolongés avec les autres
		- une expression inappropriée
		- la solitude
		- la répression
		- le repli sur soi
		- une dépendance excessive
		- une indépendance rigide
		- la colère
		- la jalousie, l'envie
		- l'immobilité
		- une tension musculaire constante
			- la confusion
			- l'absence d'une philosophie de vie bien définie (une raison d'être)
			- des pensées égoïstes
			- un comportement égoïste (dans tous les aspects de la vie)
			- l'absence
			  - d'examen de conscience
			  - de confession ouverte
			  - de réparation des torts
			- la négligence face aux besoins en matière
			  - de prière
			  - d'expression de soi
			  - de camaraderie
			  - d'intimité
			
			- la négligence dans ses relations sociales
			  - avec la famille
			  - avec les amis
			  - avec les camarades de travail
			- la négligence des obligations légitimes
			- un comportement contraire aux idéaux
			- une hypocrisie délibérée

REMARQUE : ces recommandations ont été élaborées par l'auteur pour son usage personnel; elles ne sont aucunement obligatoires.

INVENTAIRE DES HABITUDES DE VIE
Tableau III : les habitudes personnelles à modifier

Plan physique	Plan intellectuel	Plan affectif	Plan spirituel

LA VOIE DE LA MOINDRE RÉSISTANCE: L'ISOLEMENT ET LE PARADOXE DU TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION D'ÉPUISEMENT

Chuck Bates et Carla Van Dam
praticiens en clinique privée
Courtenay (Colombie-Britannique)

Cet article vise à montrer comment le praticien isolé travaillant dans le domaine de la santé mentale peut faire face à la dépression d'épuisement. Après avoir défini les termes utilisés, nous présenterons un modèle du cycle de la dépression d'épuisement ainsi que les deux principales façons de s'en sortir. La méthode axée sur la personne fait intervenir le paradoxe et d'autres stratégies thérapeutiques tirées de la théorie générale des systèmes, de la psychothérapie rationnelle émotive et de la thérapeutique cognitive du comportement. L'approche organisationnelle vise principalement à redéfinir le travail par le modelage des motivations.

Le problème

Qui est le praticien isolé en santé mentale? On pourrait classer dans ce groupe les personnes qui sont isolées des systèmes de soutien. Cet isolement peut prendre diverses formes: un patron qu'on voit rarement, des collègues qu'on ne recontre que pendant de courts moments dans l'année, l'absence de sources d'orientation facilement accessibles, des difficultés à laisser son travail pour assister à un atelier, l'obligation de consacrer de nombreuses heures improductives aux déplacements, le fait d'être la seule personne en ville qui s'occupe des cas de santé mentale, ou beaucoup d'autres facteurs. Pour certaines personnes, le seul fait d'être loin d'une bibliothèque universitaire peut être l'élément le plus contrariant. D'autres souffriraient de ne pouvoir fréquenter leurs collègues. Dans une étude portant sur les nouvelles professions d'aide, l'isolement par rapport aux collègues était étroitement associé à un aboutissement négatif de la carrière (Cherniss, 1980). Quels que soient les profils individuels, l'isolement aggrave les problèmes déjà difficiles dans le domaine de la santé mentale. Il n'est donc pas étonnant d'entendre les praticiens isolés dire qu'ils sont arrivés au bout de leur rouleau.

Définition de la dépression d'épuisement

La dépression d'épuisement est un terme particulièrement bien choisi pour décrire une crise survenant dans la carrière des praticiens isolés parce que la première victime connue à définir son état leur ressemble à bien des égards. Le docteur Herbert Freudenberger (1980) est un psychologue en pratique privée qui a passé plusieurs mois à travailler 18 à 20 heures par jour à cause d'un second emploi dans une

clinique populaire de traitement des mauvais voyages dans un quartier défavorisé, etc. Les membres de sa famille réussirent à le convaincre de partir en voyage avec eux pour quelques temps, mais il était trop épuisé pour prendre l'avion du matin et se réveilla trois jours plus tard. Cela l'a convaincu que quelque chose n'allait pas bien. Il a qualifié son état de syndrome d'épuisement et l'a défini en ces termes:

> "Se vider soi-même. Épuiser ses ressources physiques et mentales. S'exténuer en essayant par tous les moyens d'atteindre un objectif irréaliste qu'on s'est imposé soi-même ou que la société nous impose à travers les valeurs qu'elle véhicule."

Cherniss (1980), dans son nouvel et excellent ouvrage sur la dépression d'épuisement dans le domaine des services sociaux, définit de façon plus détaillée la dépression d'épuisement comme:

> "(...) la perte de l'intérêt pour son client et une tendance à traiter les clients de façon détachée et mécanique (Maslach, 1976). Parmi les autres changements, on retrouve un découragement, un pessimisme et un fatalisme croissants face à son travail; une perte de la motivation et de l'engagement personnel; l'apathie, le négativisme, l'irritabilité et des colères fréquentes à l'endroit des clients et des collègues, une tendance à justifier les échecs en blâmant les clients ou le "système", la résistance au changement, une rigidité croissante et la perte de la créativité".

L'un de nos clients, un travailleur social épuisé, décrivait quelques-unes des idées qui lui traversaient la tête durant une séance de thérapie familiale difficile: "Pourquoi me racontez-vous ces problèmes? Je les ai tous déjà entendus. Pourquoi devrais-je me soucier de vos problèmes stupides? Qu'est-ce que je fais ici à écouter ces sornettes?"

Frank (1973) a montré que l'engagement, le zèle, la confiance et l'esprit positif de la part du thérapeute sont des facteurs plus importants de succès que la méthode particulière de traitement utilisée. Il semble donc que le travailleur en santé mentale souffrant d'une dépression d'épuisement verra son efficacité diminuer considérablement quelle que soit la somme de connaissances techniques qu'il conserve.

Le cycle de l'épuisement

On définit la dépression d'épuisement comme le stade ultime d'un processus appelé le cycle de l'épuisement. Le syndrome général d'adaptation décrit par Hans Selye (Selye, 1956, 1976), S.G.A., fournit un

point de comparaison utile. Le praticien isolé passe par diverses phases de stress psychologique qui correspondent aux changements physiologiques contenus dans le modèle de Selye.

> Réaction d'alarme Choc et premières réactions de défense. L'organisme est endommagé. La réaction d'alarme s'étend à tout l'organisme, qui érige des défenses contre tout dommage ultérieur. Le système nerveux sympathique est activé.

Le praticien en santé mentale arrive dans la communauté et découvre toute l'ampleur de son travail. Une fois la surprise et la panique disparues, la victime typique tente obstinément d'être continuellement responsable du bien-être mental de chaque individu de la communauté.

> Phase de résistance Le système nerveux sympathique continue d'être sollicité, et le cortex surrénal augmente de volume afin de réparer les dommages originaux. Une irritation continue en provenance de l'agent de stress est maîtrisée par des réactions locales d'adaptation, permettant à la plupart des processus de revenir à la normale. L'organisme continue d'encaisser le choc, sans manifester de signes d'ébranlement.

Le praticien en santé mentale s'installe dans une routine de lutte contre la montre, la distance, les gens et les choses. Il est habituellement en service 7 jours sur 7. On retrouve parmi ses clients des gens de tous les âges souffrant pratiquement de tous les troubles possibles. Le praticien se bat souvent contre des administrateurs mal informés et d'autres personnes ayant des droits acquis qui lui mettent des bâtons dans les roues. Ce petit jeu peut durer pendant des mois ou des années. Pendant ce temps, des "réactions locales d'adaptation", telles que la course, la consommation d'alcool, les plaintes et les vacances, limitent l'ampleur des dégâts.

> Phase d'épuisement Les symptômes de la phase de choc réapparaissent. Les réactions locales d'adaptation se sont épuisées et la réaction au stress s'étend à tout l'organisme. Le système nerveux sympathique est inhibé alors que le système parasympathique est stimulé. Le cortex surrénal est activé. Lorsqu'il ne peut plus renflouer l'organisme, la mort s'ensuit.

Le praticien a lutté de plus en plus fort. Mais les méthodes pour faire face au stress qui fonctionnaient autrefois n'arrivent plus à contenir les dommages. Le stress envahit totalement l'existence de la

victime. La fatigue et la dépression surviennent et empiètent sur les fins de semaine et les soirées. La victime se sent comme si elle était en service 24 heures sur 24. Elle est en proie au désespoir, à un sentiment de défaite et peut être envahie par une angoisse existentielle. La tension se relâche à mesure que l'espoir disparaît. L'apathie remplace bientôt la combativité. Finalement la victime cède, abandonne soit physiquement ou mentalement le travail. La dépression d'épuisement est analogue à la phase d'épuisement du modèle de Selye. L'épuisement dans les deux cas est causé par la lutte contre des obstacles au cours de la période de résistance.

Dans le syndrome général d'adaptation de Selye, la résistance est nécessaire à la survie. Les stresseurs infligent des dommages directs aux tissus qui doivent être protégés. Toutefois, au cours du cycle de l'épuisement, la période de résistance est facultative, parce que le dommage est d'origine cognitive. Les circonstances sont souvent interprétées inutilement comme exigeant qu'on s'y oppose et qu'on se dépêche. Ces émotions modifient la chimie de l'organisme, qui à son tour cause des dommages chez la victime. Qu'arriverait-il si la victime interprétait les circonstances différemment et arrivait tant bien que mal à éviter de lutter contre la montre et les gens? Le syndrome d'épuisement serait évité.

"Oui, mais, répond habituellement la victime, je lutte pour résoudre des problèmes. Si j'arrête de lutter, ils ne seront pas résolus". Il faut faire ici la part des choses entre la quantité et la qualité. Le praticien qui se fait violence peut rencontrer un plus grand nombre de malades plus souvent que celui qui ne lutte pas. Mais la thérapie appliquée par une personne tendue, tourmentée, pressée n'est pas de même qualité qu'un traitement donné par une personne patiente, calme, détendue. Freudenberger (1980) croit qu'un des premiers effets de l'épuisement est l'incapacité de s'approcher des gens, et qu'une bonne façon de s'en sortir est de se rapprocher davantage des autres. Nous croyons que si une victime rompait le cycle de l'épuisement, la qualité des soins qu'elle dispense augmenterait à un tel point que cela compenserait amplement une baisse de la quantité.

Une façon donc de faire face à la dépression d'épuisement est d'interrompre la période de résistance. On peut y arriver en changeant la victime et en modifiant le travail.

Changer la victime

Parmi les principaux moyens de s'immuniser contre la dépression d'épuisement, qui sont préconisés dans la littérature, on retrouve les techniques de réduction du stress, telles qu'une bonne alimentation, le sommeil et l'exercice (Clark, 1980), la méditation (Pelletier, 1977,

Berkman, 1978), la relaxation (Forbes, 1979) et la pensée positive (Khalsa, 1978). Mais ces recommandations ne font trop souvent que permettre à la victime de prolonger la phase de résistance. On peut combattre le stress plus longtemps et plus violemment si l'on se repose et se nourrit bien et si l'on est plein de vitalité. Si l'on apprend au rat à relaxer lorsqu'on lui injecte des produits chimiques irritants, la réaction de stress peut être atténuée. Mais cela ne fera que retarder le début de l'épuisement. Le praticien en santé mentale qui continue d'affronter les obstacles avec un esprit combatif n'a modifié en rien la situation en arrêtant de boire du café. Il vaudrait mieux pour le rat qu'il apprenne à s'échapper du laboratoire. La personne souffrant d'épuisement serait mieux d'abandonner la lutte.

Nous avons eu recours à trois modes d'approche différents pour inciter les victimes à cesser de participer à la phase de résistance. Le premier mode d'approche est tiré de la théorie générale des systèmes.

Remise en perspective

Watzlawick, Weakland, et Fish, dans leur ouvrage, Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution, recommandent des solutions de second niveau aux problèmes. La solution de premier niveau ("continuer dans le même sens en augmentant la dose") au problème d'être poursuivi par un homme tenant un poignard dans un cauchemar est de courir plus vite. Cette solution ne fonctionne pas et ne fait que retarder l'élégante solution de deuxième niveau qui consiste à se réveiller. Toutefois, la réalité au niveau élémentaire du rêve ne contient pas de renseignements en ce qui concerne l'opposition rêve et réveil; par conséquent, le protagoniste du rêve peut seulement décider de se réveiller s'il perçoit un cadre de référence plus large. Des méthodes qui font appel au raisonnement paradoxal peuvent permettre une telle illumination. Souvent le problème est défini hors de sa réalité par le contexte plus large.

Dans notre réalité au premier degré, l'épuisement n'est qu'un échec à éviter. La lutte qui est menée pour éviter l'échec constitue la phase de résistance, c'est-à-dire celle qui précède l'épuisement. Comme c'est souvent le cas, les solutions de premier niveau du type de "continuons dans le même sens" ("je vais lutter encore plus fort") bloquent le chemin à une solution élégante de deuxième niveau ("je vais arrêter de lutter et me sortir du cycle de l'épuisement"). Comment une victime peut être poussée à considérer le cycle d'une certaine distance au lieu de rester enfermée dans son cauchemar? Est-ce que la victime peut s'éveiller subitement à la réalité et se rendre compte que la résistance et l'épuisement sont inutiles? On pourrait alors dire à la victime:

> "Continuez et prenez plaisir à la lutte. Cela ne continuera pas éternellement parce que le système

> de prestation de soins en santé mentale conduit inévitablement à l'épuisement. L'épuisement est une étape nécessaire du travail. C'est une obligation. Le système prévoit des périodes d'activité et de productivité intenses suivies de périodes d'activité encore plus intenses menant à un déclin de la productivité qui va jusqu'à l'épuisement, période durant laquelle l'activité et la productivité sont presque nulles. Vous avez alors le choix de quitter le système et d'entreprendre un nouveau cycle d'épuisement dans la vente de la chaussure par exemple, ou de vous reposer durant votre période d'épuisement et de recommencer le cycle à nouveau dans votre emploi original. Continuez donc et épuisez-vous quand vous vous sentez prêt. Vous l'avez mérité et on s'attend à cela de vous.

Si la victime peut être convaincue d'une façon ou d'une autre que l'épuisement est quelque chose que l'on doit envisager et dont on doit tirer parti tant bien que mal, l'effet paradoxal qui est produit permettra d'interrompre prématurément la période de résistance et de faire avorter la phase d'épuisement. Par ailleurs, en décrivant le cycle de l'épuisement comme un mode de fonctionnement normal, on incite peut-être la victime à considérer l'ensemble du processus d'une certaine distance et à décider de ne pas collaborer. On décide de se réveiller d'un cauchemar seulement lorsqu'on réussit à se rendre compte qu'il s'agit en fait d'un cauchemar et non de la réalité. Nous voulons donc aider la victime à voir à quel point le cycle de l'épuisement est réellement factice, artificiel et forcé - en quoi ce n'est qu'une autre façon dont le système nous amène habilement à travailler trop fort et à nous sentir mal dans notre peau. Cette observation est confirmée par l'expérience d'un client travaillant dans le domaine de la santé mentale qui, depuis sa dépression d'épuisement, a vu la qualité de sa vie professionnelle et personnelle s'améliorer considérablement. Cette constatation de la réalité l'a, selon lui, comme propulsé hors du cycle. Mais il arrive souvent que la dépression d'épuisement ne produise pas des effets bénéfiques semblables. Un autre client, épuisé par son emploi administratif en service social, a laissé son emploi et est actuellement en train de s'épuiser de façon beaucoup plus aiguë dans un travail qui lui rapporte la moitié de ce qu'il gagnait. Il est encore prisonnier du cycle.

Croyances irrationnelles

Albert Ellis aurait beaucoup de choses à dire aux praticiens isolés en santé mentale en phase d'épuisement. Il définirait un grand nombre de croyances irrationnelles qui entretiennent en fait les illusions

destructrices. Une de ces illusions est que la phase de résistance est nécessaire (Walen et coll., 1980). Elle est encouragée, entre autres, par les croyances et attentes suivantes.

> Mon employeur devrait me traiter équitablement. Ils n'ont aucun droit de me traiter de la sorte. Étant mes supérieurs, ils devraient prendre des décisions qui facilitent les choses plutôt que de les rendre plus difficiles. Je ne pourrai supporter une autre réunion. Je dois apporter mon aide à toute personne dans la communauté qui a besoin de moi. Je dois faire de mon mieux pour répondre à tous les besoins de tous mes malades. Mes clients devraient se montrer reconnaissants. Je dois réussir tout le temps. Tout le monde devrait m'aimer. Je devrais aimer tous mes malades. Il ne devrait jamais y avoir de périodes creuses dans la prestation des services aux malades.

Ellis réfuterait chaque affirmation irrationnelle dans l'espoir de l'évincer du système de croyances de la victime. Par exemple, il pourrait dire: "Le système n'est jamais juste et aucune loi ne l'oblige à l'être. Il serait donc raisonnable de s'attendre à ce qu'il y ait de l'injustice dans les milieux de travail et d'être agréablement surpris dans les rares cas où la justice est rendue".

Ellis insisterait sur le fait que l'on choisit de lutter et que l'on peut se défaire de comportements destructeurs en phase de résistance en évaluant nos propres décisions et croyances.

À ce point, la victime réplique que la lutte est nécessaire pour certaines des raisons suivantes.

- Si je ne le fais pas, qui prendra soin de ces gens?
- Si je ne le fais pas, je perdrai mon emploi, je perdrai ma maison, je ferai souffrir ma famille.
- Si je ne le fais pas, comment ferai-je après pour regarder les gens en face?
- Je ne peux cesser de lutter, parce que la communauté ne me laissera pas faire, mon employeur ne me laissera pas faire, ni mon sens de l'éthique.

Ellis réfuterait chaque justification à son tour.

"Vous ne pouvez pas prendre soin de tout le monde, donc inévitablement certains devront obtenir de l'aide ailleurs. Vous ne perdrez pas votre emploi si vous ralentissez et vous en tenez à une semaine de travail raisonnable, de toute façon, si vous perdiez votre emploi pour une telle raison, ce serait une bonne chose. Personne ne

s'attend à ce que vous vous tuiez à la tâche. Ainsi votre dignité est sauve. Vous pouvez arrêter si vous choisissez de le faire. Vous pouvez être presque aussi productif ou peut-être encore plus productif sans avoir à lutter et à consacrer autant d'heures, et sans sentir autant d'hostilité, de pression, de presse et d'impatience."

Suppression de l'esprit et du comportement combatifs

D'un point de vue cognitif/comportemental (Meichenbaum, 1977, Foreyt et coll., 1978, Kendall et coll., 1979), le fait de lutter durant la phase de résistance est considéré par définition comme un agent renforçateur. D'abord, la lutte est un renforçateur négatif dans la mesure où la victime croit que la lutte prévient tout désastre (fausse croyance puisque la lutte accélère en fait plus qu'elle ne prévient la venue de l'épuisement). Ensuite, la lutte peut dans une certaine mesure fournir un renforcement positif. Il peut s'avérer flatteur, par exemple, d'être un martyr, particulièrement si l'on se perçoit comme un héro tragique qui consacre sa vie au sacrifice. De plus, il peut y avoir des sources de renforcement social pour le comportement d'épuisement. N'avons-nous pas appris qu'il ne faut jamais abandonner, que d'être agressif est une bonne chose?

Les collègues, dans un geste de bonne volonté, pourraient modifier le comportement d'une victime épuisée par un renforcement social des comportements incompatibles avec le cycle de l'épuisement. Une réduction de l'engagement excessif par une utilisation opportune du "non" pourrait être encouragée en milieu de travail. Un peu plus de paresse et de fainéantise (par exemple aller à la pêche) pourraient être encouragés pendant les moments de loisirs. Certes, les collègues peuvent également aider à supprimer le comportement combatif en n'en tenant pas compte (repos) ou même en le critiquant (punition). Cependant, on doit tenir compte du fait que la personne souffrant d'épuisement qui se sent isolée doit faire face à la perspective de modifier son propre comportement, tâche qui peut souvent être aussi inutile que de s'élever à la force du poignet.

Une autre façon de supprimer le comportement combatif serait de montrer que les conséquences négatives d'un tel comportement l'emportent largement sur les effets positifs. La découverte du lien entre le cancer et la cigarette n'a pas incité du jour au lendemain les fumeurs à cesser de fumer, mais c'était la première bonne raison qu'on leur donnait de le faire. Des millions d'anciens fumeurs ont réussi à modifier leur comportement principalement à cause de ce petit élément d'information concernant les dangers à long terme du tabac pour la santé. Les risques associés à une lutte exténuante donnent également matière à réflexion. La preuve que ce comportement est cause de cardiopathie et augmente la probabilité de décès prématuré est une excellente raison d'arrêter de lutter.

Le comportement de type "A" ou qui prédispose aux coronaropathies se résume essentiellement à une lutte contre la montre et les gens. L'hostilité ouverte en est également un thème constant. La personne de type "A" assume de plus en plus de responsabilités. Friedman (1974) a identifié les personnes de type "A" au sein de la Lockheed Corporation par leur mode d'élocution. Les sujets étaient classés dans le groupe "A" si leur élocution était rapide, saccadée et s'ils interrompaient souvent leurs interlocuteurs. Les coronaropathies et les mortalités qui en découlent ont été associées à ce comportement. On a démontré que le comportement de type "A" était un important précurseur de coronaropathies (Rosenman et coll., 1975). Des comportements extrêmes de type "A" sont associés à des coronaropathies plus graves et plus fréquentes (Zyzanski, 1977). Des études longitudinales prospectives sont venues confirmer ces conclusions (Hayne, Feinlab, Kennel 1980; Rosenman et coll., 1975). Les personnes qui ont survécu à leur première crise cardiaque peuvent réduire le risque d'une deuxième crise en modifiant leur comportement de façon à se rapprocher du type "B" (Friedman, 1978, 1979). Les coronaropathies constituent la principale cause de décès chez les Nord-Américains âgés de plus de 35 ans (Deszca et coll., 1981).

Est-ce que le praticien isolé est plus susceptible d'adopter un comportement de type "A" et de devenir sujet à une coronaropathie en cours de route? Étudions tout d'abord la question de l'hostilité ouverte, malheureusement si fréquente chez les victimes de coronaropathies.

Les administrateurs travaillent dans un milieu urbain très éloigné. Des ruptures dans les communications sont inévitables et exaspéreront à coup sûr les travailleurs en santé mentale, même ceux dont l'humeur est la plus égale. Voici des extraits d'un échange de notes de service entre un psychologue travaillant dans un centre de santé mentale en milieu rural et un directeur régional de programmes. Le psychologue commence par dire:

> "(...) L'"épuisement", ou (pour nous qui vivons à l'extérieur de la ville) la "fièvre des bois" est un problème grave et réel. La meilleure façon de le prévenir est d'établir des contacts périodiques avec d'autres professionnels, de préférence en participant à des séances de formation, et d'avoir l'impression que quelqu'un "dans la hiérarchie" de l'administration centrale se soucie de nous, apprécie nos efforts et se bat pour nous. Rien de ce que je viens de mentionner ne semble être le cas maintenant. Comment arriverons-nous à remplir notre mandat - qui est de fournir à nos clients des services de la plus grande qualité possible - si nous devenons de plus en plus démoralisés, isolés (...) et rouillés sur le plan des compétences cliniques?"

Le directeur termine sa réponse au psychologue en disant:

> "J'espère que l'éducation des professionnels n'est pas limitée à la formation professionnelle initiale ou à la participation à des conférences. Par la collecte de données et par des mécanismes de rétroaction adéquats (même mis en place par l'individu), la pratique d'un professionnel devrait être une expérience formatrice. De plus, d'importantes découvertes scientifiques sont publiées dans les revues professionnelles et, pour la plupart des personnes, le fait de rester abonné à un ou deux périodiques d'importance peut contribuer grandement à prévenir la stagnation. Ce n'est pas que je m'oppose à des cours ou à la participation à des conférences, mais je veux simplement indiquer qu'il existe certaines solutions de rechange un peu moins coûteuses et encore relativement accessibles à la majorité de notre personnel".

Il ne s'agit pas, soit dit en passant, d'une fuite. Ces notes de service ont été distribuées à la grandeur de la province par les deux auteurs, chacun étant convaincu du bien-fondé de sa note de service. Plusieurs praticiens isolés en santé mentale ont répondu à cette note de service à peu près en ces termes:

> "Qu'il mangent des gâteaux" qu'on nous répond et pire. Il laisse entendre que le psychologue ne se tient pas déjà au courant de ce qui se publie, insulte des plus odieuses à son professionnalisme."

Un autre professionnel isolé, oeuvrant en santé mentale, a déclaré: "Les mandarins de l'administration centrale sont davantage responsables du problème de l'épuisement que n'importe quel milieu de travail".

Assurément, ce directeur n'avait pas l'intention d'insulter le psychologue qui se plaignait. Il espérait probablement sincèrement lui être utile, en lui offrant des conseils paternels. Mais les travailleurs en santé mentale de toute la province ont dit avoir trouvé la note de service fort insultante. Elle continuait encore d'éveiller des sentiments hostiles des mois après avoir été écrite. Des interventions de cette nature fourniront immanquablement au praticien isolé en santé mentale suffisamment d'excuses pour demeurer dans un état d'hostilité ouverte. L'irritation à l'égard des cadres supérieurs est pratiquement un dénominateur commun dans toutes les organisations, mais l'isolement ne fait qu'aggraver les choses.

La distance se mesure en temps et la plupart des problèmes découlant de la distance deviennent des problèmes de temps. Le temps gaspillé à voyager pour assister à une réunion sera repayé (avec intérêt) par le praticien lors de son retour dans la communauté. Les charges de travail ne cessent d'augmenter, amenant les victimes éventuelles à se sentir de plus en plus prises par le temps, étant donné que l'orientation des malades vers d'autres services est habituellement impossible. Au même moment, la communauté continue d'exiger davantage du praticien; et souvent le praticien répondra oui parce qu'il est agréable de se sentir demandé et d'être tenu en si grande estime, ou parce que le problème est simplement trop poignant pour ne pas en tenir compte. Il en résulte un modèle classique de comportement de type "A": avoir de plus en plus à faire dans un temps de plus en plus court.

Les travailleurs en santé mentale font partie d'un groupe où la prévalence de comportements de type "A" est anormalement élevée. Il suffit d'observer n'importe quelle réunion de professionnels dans ce domaine pour en avoir la preuve. Nos collègues les plus calmes et détendus auraient de la peine à se classer dans le groupe "B". Et le praticien isolé en santé mentale est soumis à des conditions qui feront ressortir à coup sûr tous les comportements possibles de type "A".

Nous concluons donc que les conséquences à long terme de la lutte menée par le praticien sont beaucoup plus graves et meurtrières qu'une brève période d'épuisement passagère. Nous considérons l'épuisement comme une réaction d'adaptation à une situation pathologique. Pour nous, l'apparition de l'épuisement indique que la phase de résistance destructrice en arrive à un point critique et, il est à espérer, tire à sa fin.

Changer le travail

Maintenant que nous avons discuté des techniques pour modifier l'attitude de la victime face à son travail, abordons une série plus évidente de solutions au problème de l'épuisement: la transformation du travail lui-même. Les praticiens en santé mentale travaillant en milieu rural ne peuvent répondre à tous les besoins de tous leurs clients, mais cela semble ce à quoi l'on s'attend d'eux. Malgré une formation limitée dans des spécialisations bien particulières, ils sont immédiatement inondés de travail qui requiert des connaissances techniques spécialisées dans presque tous les domaines. Cherniss (1980) a montré que ce facteur est l'une des principales causes déterminantes de l'épuisement. Le praticien isolé ne peut demeurer un spécialiste dans un domaine restreint, tel que les troubles de l'apprentissage ou les problèmes conjugaux ou encore la schizophrénie. Il sera contraint de devenir avant tout un généraliste. Si cela est planifié et prévu, le processus peut alors se faire de façon progressive et le stress peut être réduit considérablement.

Habituellement, le nouveau praticien dans une ville laisse la communauté lui dicter les modalités de traitement. C'est-à-dire que les cas les plus difficiles monopolisent l'attention du praticien et que la qualité des soins dispensés par le thérapeute est déterminée par ces problèmes. Mais bien sûr, il existe des problèmes plus simples dans la communauté qui méritent autant l'attention du thérapeute et c'est là où réside une solution possible.

Selon Freudenberg (1980), les professionnels épuisés consacrent tout leur temps à faire des choses pour les autres, et à faire ce qu'ils pensent que les autres exigent d'eux, jusqu'à ce que finalement ils "(...) perdent de vue leurs propres motivations et les remplace presque complètement par des obligations imposées de l'extérieur". Par exemple, un praticien peut avoir étudié en psychologie clinique (ou dans une autre spécialité) parce qu'il s'intéresse particulièrement au traitement des alcooliques et des toxicomanes. C'était sa spécialité. Il a écrit une thèse là-dessus et a publié un article dont il est encore fier. Et dans sa pratique actuelle dans une petite ville, il se réjouit les deux fois par mois où il a à traiter un alcoolique. Le problème est que 95% de ses malades ne font pas appel à ses intérêts profonds. Ses préférences, c'est-à-dire le travail qui lui redonne de l'énergie au lieu de l'épuiser, sont remplacées par des cas qui deviennent de plus en plus difficiles parce que le praticien n'a jamais été réellement formé pour traiter ces cas.

Modelage des motivations

Il est clair que le praticien doit devenir polyvalent. Il doit acquérir dans un certain nombre de domaines le type d'intérêt et de compétence qu'il a acquis naturellement au contact des alcooliques. Les aspects de l'alcoolisme qui l'ont d'abord attiré et ont continué de l'intéresser se retrouvent dans un certain nombre d'autres domaines psychothérapeutiques. Ainsi, au lieu de s'entraîner à traiter les problèmes de santé mentale les plus criants ou les plus difficiles dans la communauté, on doit apprendre à devenir un expert dans un certain nombre de domaines liés à ses premiers amours.

Margaret Anstin (1980) recommande une technique appelée "modelage des motivations" (Motivational Patterning). Le but de cet exercice est de déterminer les thèmes qui persistent tout au long ou dans la plupart des meilleures expériences qu'on a jamais eues, des expériences les plus satisfaisantes et enrichissantes. C'est une sorte de test de projection qui révèle les thèmes qui peuvent être généralisés à d'autres domaines d'application.

Supposons qu'un thème récurrent dans tous les exemples que vous pourriez imaginer soit lié aux habitudes. Vos plus belles victoires et les cas cliniques qui ont été les plus satisfaisants comportent tous l'idée

d'aider les gens à perdre de mauvaises habitudes comme l'alcoolisme et la toxicomanie. Ce thème pourrait indiquer d'autres domaines où vous pourriez vous spécialiser. L'expérience de travailler avec les obèses, les fumeurs, les parents qui maltraitent leurs enfants, les insomniaques et les phobiques pourrait s'avérer très intéressante. Vous pourriez vous bâtir une clientèle dans la communauté à partir de ce problème précis de changer les "mauvais" comportements, en utilisant ainsi vos méthodes favorites.

Certes, les praticiens en santé mentale travaillant en milieu rural font déjà tout ce qui est en leur pouvoir pour s'orienter autant que possible vers leur propre domaine de spécialisation. Nous avons constaté néanmoins que des exercices de modelage des motivations peuvent faire ressortir des intérêts qui étaient ignorés auparavant.

Bibliographie

Anstin, M.G., Voyage: A Chartbook for Career/Life Planning, Toronto, Ontario, Kendall/Hunt Pub., 1980.

Berkman, R., "Forehead to Hands Meditation", dans Shank, C. (éd.), Alternatives in Healing/Nutrition/Consciousness, Miami, Florida, Chik Shank, 1978, pp. 98-101.

Cherniss, C., Professional Burnout in Human Service Organizations, New York, Praeger, 1980.

Clark, C.C., "Burnout: Assessment and Intervention", Jrn. Nursing Admin., sept. 1980.

Deszca, G., et Burke, R.J., "Changing Type 'A' Behaviour", Canadian Psychology, vol. 22, nº 2, avril 1981, pp. 173-187.

Forbes, R., Corporate Stress, Garden City, New York, Doubleday 1979.

Foreyt, J.P. et Rathjen, D.P., Cognitive Behaviour Therapy, Plenum Pub., 1978.

Frank, J.D., Persuasion and Healing, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1973.

Freudenberger, H.J., Burnout: The High Cost of High Achievement, Garden City, New York, Anchor Press Doubleday & Co., 1980.

Friedman,. M. et Roseman, R.H., Type A Behaviour and Your Heart, New York, Alfred A. Knopf, 1974.

Friedman, M., "The Modification of Type A Behaviour in Heart Attack Patients", Primary Cardiology, 1978, 4, 9-13.

Friedman, M., "The Modification of Type A Behaviour in Postinfarction Patients", American Heart Journal, 1979, 97, 551-560.

Haynes, S. et al., "CHD in the Framingham Study", Amer. Jrn. Epidemiology, 1980, 111.

Kendall, P.C. et Hollon, S.D., (éd.), Cognitive Behavioural Interventions: Theory, Research, and Procedures, Acad Pr. Personality and Psychopathology ser., 1979.

Khalsa, R.K.S., Healing the Healer, A Holistic/Transpersonal Perspective, Los Angeles, Centre For Health and Healing, 1978, pp. 4-6.

Lakein, A., How to Get Control of Your Time and Your Life, New York, N.Y., Signet, 1974.

Meichenbaum, D. (éd.), Cognitive Behaviour Modification: An Integrative Approach, New York, N.Y., Penum Behaviour Therapy Series, Plenum Pub., 1977.

Maslach, C., "Burned Out", Human Behaviour, 1976, 5, 16-22.

Pelletier, K.R., Mind As Healer, Mind As Slayer, New York, N.Y.: Dell Pub., 1977.

Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Strauss R. et Wurm, M., "Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study: Final Follow-up Experience of 8½ Years", Journal of the American Medical Association, 1975, 233, 872-877.

Selye, H., The Stress of Life, édition révisée, New York, N.Y., McGraw-Hill Book Co, 1956, 1976.

Watzlawick, Weakland et Fisch, Change; Principles of Problem Formation and Problem Resolution, New York, N.Y., Norton Pub., 1974.

Walen, S.B., Practitioner's Guide to Rational Emotive Therapy, Oxford University Press, 1980.

Zyzanski, S.J., "Associations of the Coronary Prone Behaviour Pattern", dans T. Dembroski (éd.), Proceedings of the Forum on Coronary Prone Behaviour, Washington D.C., Department of Health Education and Welfare, Publication Number (NIH), 78-1451, 1977.

LES GRANDS PROBLÈMES DU TRAVAILLEUR EN SANTÉ MENTALE TRAVAILLANT EN POSTE ISOLÉ

Alice McSweeney
Sechelt (Colombie-Britannique)
Norma Jean Miller
Revelstoke (Colombie-Britannique)

Notre témoignage est celui de deux travailleuses isolées, exerçant leur métier dans des régions éloignées de la Colombie-Britannique, l'une dans une région rurale, à l'intérieur du pays et l'autre dans un petit village côtier. Comme la plupart des travailleurs en santé mentale oeuvrant en milieu rural, nous sommes soumises à une double pression, celle d'assurer directement des services de santé mentale à toute une collectivité et celle d'être très peu encadrée, ce qui présente à la fois des avantages et des inconvénients.

Il est évident que le choix d'une personne apte à assumer seule le rôle de travailleur en santé mentale est déterminant. L'organisme et l'individu doivent à tout prix savoir à quel point ce dernier est en mesure de donner satisfaction dans un poste où il ne bénéficiera pas du soutien de ses collègues, comme il le ferait normalement dans le cadre d'une équipe. L'organisme a pour responsabilité de veiller à ce que l'intéressé se familiarise pleinement avec la nouvelle collectivité et son cadre de travail spécialisé. Lorsqu'un travailleur isolé se retrouve dans une collectivité qui n'a jamais profité de services de santé mentale et se voit chargé de mettre sur pied tout le programme, l'organisme parrain doit lui accorder tout le soutien possible. En outre, il y a lieu de s'assurer périodiquement que, d'une part, le programme répond aux besoins de la collectivité et, d'autre part, l'organisme qui assure la dotation en personnel est au courant des activités et les appuie.

Lorsqu'une personne qui travaille dans une collectivité peu nombreuse ou éloignée doit être remplacée, on a tout intérêt à s'assurer que le nouveau venu passe un temps considérable avec le travailleur qui doit partir. De plus, les exposés de fonctions seraient de façon générale beaucoup plus utiles s'ils portaient de façon plus précise sur l'univers réel du travailleur en santé mentale oeuvrant en poste isolé.

Les travailleurs isolés doivent être confiants en leurs propres aptitudes, étant donné qu'ils doivent se faire accepter non seulement par les clients, mais également par d'autres organismes et professionnels de la collectivité. Ils doivent pouvoir travailler avec calme et enthousiasme bien qu'ils ne puissent pas vraiment compter sur le contact stimulant des collègues et sur leur appui. L'établissement de contacts avec le personnel d'autres organismes de la région les aidera à surmonter le sentiment d'isolement provoqué par l'impossibilité de partager les repas et pauses café avec des collègues.

Pour remplir son rôle de façon vraiment satisfaisante, le travailleur isolé doit posséder cette qualité, souvent négligée, de faire valoir ses besoins auprès du bureau central et d'insister auprès de ce dernier lorsqu'il n'attache pas suffisamment d'importance à ses revendications. En effet, les besoins d'un programme administré par un personnel très réduit, dans une petite collectivité, sont souvent relégués au second plan par l'administration centrale, en même temps que les revendications des responsables de programmes d'envergure ou de collectivités importantes, qui savent se faire entendre. L'employé qui se laisse décourager ou capitule facilement est mal placé pour travailler en poste isolé et devient généralement hostile au système et s'embourbe en essayant d'assumer un fardeau trop lourd avec trop peu de moyens.

Bien entendu, il existe différents moyens de venir en aide aux travailleurs en santé mentale oeuvrant en poste isolé dans des collectivités qui comptent peu de personnel. Il y a dans certaines provinces un calendrier très précis de visites qui sont rendues périodiquement par le personnel d'encadrement. Dans d'autres régions, le travailleur isolé doit prendre contact avec le personnel d'encadrement des centres adjacents uniquement lorsqu'il doit lui faire part d'un besoin perçu. Le manque de précision de certaines de ces dispositions est à l'origine du sentiment d'isolement qu'éprouvent les travailleurs dans certaines régions. En effet, il arrive que ces derniers considèrent que leurs collègues des centres avoisinants ne sont pas très au courant des conditions qui prévalent dans leur collectivité et que leur intervention n'est pas très utile lorsque leur aide est sollicitée.

Pour qu'un programme administré par un travailleur isolé soit efficace, il importe que les conseillers aussi soient des êtres assez exceptionnels qui ont la capacité de procurer des services qu'ils savent être utiles à chaque collectivité et travailleur et adaptés à leurs besoins. Une connaissance des milieux comparables (qui relèvent de préférence de la responsabilité d'un seul travailleur) représenterait un atout très précieux pour ce genre de conseillers. Une autre façon d'assurer la fonction d'encadrement consisterait à charger un seul conseiller rattaché au bureau central de se spécialiser en quelque sorte dans les centres implantés dans les très petites collectivités rurales, administrés par un seul travailleur, de façon qu'il y ait un lien direct entre les centres en question et le bureau central par l'intermédiaire du conseiller qui serait sensibilisé aux problèmes particuliers que posent les petits centres.

Étant donné le manque de contact avec les collègues, il serait utile d'offrir aux travailleurs isolés des possibilités accrues de se rencontrer en groupes pour se pencher ensemble sur les problèmes communs. Presque tous les travailleurs oeuvrant en milieu rural considèrent qu'il s'agit là d'une absolue nécessité. Selon eux, l'échange d'idées dans un climat stimulant ne pourrait qu'enrichir tous les programmes. La tenue de conférences sur la santé mentale en milieu

rural soulève énormément d'enthousiasme. Toutefois, bon nombre de travailleurs ruraux sont déçus de ce qu'en raison de politiques d'austérité, seule une poignée de travailleurs en poste peuvent participer à ces conférences lorsqu'elles ont lieu en dehors de leur propre province.

Ce qui semble préoccuper au premier chef les travailleurs en santé mentale oeuvrant en poste isolé semble être l'instauration de réseaux d'aide véritablement utiles. La plupart de ces derniers bénéficient d'une très grande latitude et ont la conviction d'offrir à leurs collectivités des programmes de qualité. Cependant, s'ils apprécient leur autonomie, on ne peut pas dire autant du sentiment d'isolement. C'est ainsi qu'il importe que l'intéressé sente qu'il est rattaché à un programme global où les méthodes de travail et les objectifs fixés tiennent compte des collectivités et cas individuels. À l'heure actuelle, l'instauration du réseau de soutien est en grande partie une initiative du travailleur isolé. À cet égard, l'intéressé doit maintenir des liens professionnels, ne serait-ce qu'à distance, et veiller à ce que ses relations personnelles et sociales soient suffisamment intéressantes pour que ses moments de loisir soient agréables. Pour compléter le tableau, cependant, il est nécessaire que les organismes et ministères provinciaux assurent les services de consultation et d'encadrement appropriés. Pour qu'il y ait une amélioration de la situation, les responsables de ces services devront communiquer aux intéressés des renseignements utiles et leur donner l'impression que leur travail est compris et apprécié au même titre que celui du personnel plus centralisé.

VIVRE EN VASE CLOS:

aperçu du travail et de la vie dans une collectivité éloignée

Sharon Lazare, M.A.
Hornby Island (Colombie-Britannique)

Nous avons voulu nous pencher ici sur les problèmes et "avantages" du professionnel en santé mentale qui exerce son métier en vase clos, par exemple sur une petite île. Celui qui travaille dans une région éloignée doit viser à maintenir un juste équilibre entre l'isolement social et la pleine intégration des aspects privé et public de la vie. L'aptitude du travailleur à exercer son métier et à lutter dans une petite collectivité éloignée dépendra de sa capacité d'atteindre cet équilibre. Pour donner au lecteur un aperçu du vécu de ces gens qui font face à des problèmes de ce genre, nous avons inclus plusieurs extraits d'entretiens que nous avons eus avec les clients insulaires.

Données générales

La collectivité étudiée est une île dont la population oscille entre 800 habitants environ en hiver et 4000 en été. Elle est relativement isolée en ce sens que son accès est difficile (il faut prendre trois traversiers à partir de la partie continentale de la Colombie-Britannique) et limité (le dernier traversier pour l'île quitte à 18 h). L'auteur a vécu sur cette île et y a exercé son métier en tant que professionnel de la santé mentale pendant les trois dernières années.

Problèmes

Le premier problème que j'aimerais soulever est celui du sentiment qu'il n'y a aucune échappatoire possible. À la différence de ce qui se passe dans la plupart des milieux urbains, ici on est constamment confronté à ses réussites et à ses échecs. Pas moyen de "mettre la clef sous le paillasson" ou "d'oublier un dossier" à moins, bien entendu, que les clients ne quittent l'île. Cette situation peut poser un problème au client aussi, comme l'indique le premier témoignage.

> Client: Parfois, lorsque je vous croise, il y a en moi un bref instant d'hésitation, lorsque j'ai envie de rebrousser chemin en courant. Cela ne dure pas très longtemps, mais cela peut se produire par exemple lorsque je vous aperçois au magasin.

Comme on le notera au cours de cette analyse, bon nombre des préoccupations exprimées par des thérapeutes et des clients ne s'appliquent pas uniquement à leur type de relations. De façon générale, on peut dire que toute personne vivant "en ghetto" a du mal à s'isoler.

Le deuxième problème que j'aimerais aborder a trait au conflit de rôles. J'entends par rôle une série de comportements dictés par la perception que l'on a de soi à n'importe quel moment. Cette perception est largement fonction de ce que l'on croit que les autres attendent de nous. Lorsque ces attentes appellent des réactions différentes en même temps, on peut dire qu'il y a conflit de rôles. Par exemple, lorsque je demande à quelqu'un au cours d'une soirée: "Comment ça va?", et qu'il me regarde d'un air hésitant, je crois qu'il se demande s'il doit me répondre comme ami ou comme client, et la réponse peut varier en conséquence. Si, dans mon esprit il peut sembler évident, à un moment donné, que mon rôle est celui d'un "ami", les choses peuvent ne pas être aussi claires dans l'esprit des autres. (Incidemment, je ne pose plus ce genre de questions en société.)

Au cours de cette analyse du conflit de rôles, j'ai laissé entendre qu'en ce qui me concerne, ce qui se produit "en thérapie" et "en amitié" sont deux réalités différentes. Comme chacun le sait, on observe aujourd'hui dans le domaine de la santé mentale une forte tendance vers l'entraide. Que ce mouvement ait été dicté partiellement par des raisons politiques, comme c'est le cas dans le mouvement féministe, ou par des raisons philosophiques, comme c'est le cas dans le mouvement de l'anti-psychiatrie, le but recherché est de démystifier l'intervention thérapeutique et de mettre le counseling à la portée de tous. Il est cependant admis de façon générale qu'il existe des différences qualitatives entre l'interaction qui se produit dans une relation de thérapeute à client et celle que l'on observe dans un contexte purement social. À titre d'exemple, j'aimerais présenter un extrait d'une entrevue réalisée avec un couple vivant sur l'île voisine.

Thérapeute: Pourquoi avez-vous décidé de venir me voir à ce moment précis?

Client n° 1: Je me retrouve devant une impasse parce que j'ai une foule de questions qui demeurent sans réponse et que je m'aperçois que les personnes qui me sont très proches se heurtent aux mêmes interrogations. Ils butent aux mêmes endroits. Je pense que quelqu'un qui possède une grande expérience de ce genre de cas et qui sait poser les questions justes pourrait faire débloquer la situation.

Client n° 2: Je pense pouvoir m'adresser à quelqu'un comme vous de façon suivie, avec une certaine continuité dans la pensée d'une semaine à l'autre, alors qu'avec les voisins et amis avec qui l'on essaye déjà de résoudre ses problèmes, les choses se passent quelque peu différemment. Il n'est pas aussi facile de retourner en arrière et de reprendre la conversation là où on l'avait laissée la semaine précédente. Je n'avais jusqu'ici jamais consulté quiconque d'autre que mes amis. Aussi, c'est pour moi une expérience entièrement nouvelle, mais je m'attends à ce que ce qui se produit cette semaine ait une suite la semaine prochaine. Je pense que c'est possible dans le genre de relations que j'ai avec vous et moins possible avec des amis, parce qu'il intervient tant de choses entretemps.

Client n° 1: On se retrouve dans un cadre mieux défini. Il y a une tranche de temps qui m'est réservée alors que dans mes rapports avec mon entourage, les conversations sont plutôt le fruit du hasard. Il peut s'écouler des intervalles de deux semaines ou d'un mois entre les conversations vraiment personnelles.

Client n° 2: Il est un fait que nous nous réunissons avec nos amis une fois par semaine pour discuter de problèmes, mais à ces occasions, nous discutons davantage de problèmes personnels que de problèmes de couple. Je suis heureux de consulter quelqu'un qui soit quelque peu plus spécialisé dans le domaine.

Ce couple fait déjà partie d'un groupe d'entraide; pourtant, à ce stade, il a l'impression d'avoir besoin d'une "aide professionnelle" qui, selon sa propre définition, est une expérience plus structurée et quelque peu plus "profonde" que celle qu'il connaît dans le groupe d'entraide.

J'ai ensuite demandé aux deux comment ils réagiraient si je les fréquentais. Voici quelle a été leur réponse.

Client: En ce qui me concerne, l'intérêt que je trouve à venir vous consulter ici provient entre autres de la distance qui nous sépare, car je suis quelque peu las des préjugés qu'ont à mon égard les personnes qui me connaissent vraiment bien. Il y a une part énorme de subjectivité dans les décisions que les personnes

prennent à mon sujet et dans les avis qu'ils me donnent, et je pense que c'est incontestablement un élément positif, mais ce qui manque c'est un jugement objectif émis par quelqu'un qui ne nous est pas attaché. C'est ce dont j'ai besoin en ce moment.

Que se passe-t-il lorsque cette distance n'existe plus, par exemple lorsque nous nous mettons à fréquenter nos clients? Le client en tire des avantages certains: la confiance et l'empathie s'installent plus facilement et (du moins en théorie) la thérapie dure moins longtemps. J'aimerais, à ce sujet, citer un témoignage d'un client que nous avons fréquenté. L'extrait reproduit ci-après illustrera les avantages que tire Annie de nos relations polymorphes.

Thérapeute: Est-ce qu'il t'arrive par moments de sentir qu'il serait plus facile de me parler de tes problèmes -- de me consulter comme thérapeute -- si tu ne me connaissais pas comme amie? En ce qui te concerne, le fait que nous vivions sur la même île est-il un avantage ou un inconvénient?

Client: Quelqu'un m'a demandé un jour: "Pourquoi t'adresses-tu à un thérapeute? Pourquoi le fais-tu étant donné que tu n'as que son point de vue?" Je pense que si je ne te connaissais pas, ton point de vue ne compterait pas pour moi. Ce qui facilite les choses, c'est que je te connais, que je vois ta façon de vivre et que je l'approuve. Je n'ai donc pas l'impression que tu vas me raconter des balivernes. Je me sens à l'aise avec toi, avec ton mode de vie et ton entourage. C'est dans ce sens-là qu'il m'est plus facile de te consulter.

Annie considère que le fait d'avoir pour thérapeute un membre de la collectivité qu'elle connaît a pour double effet de donner de la valeur à sa relation thérapeutique et d'avoir une incidence bénéfique sur ses rapports avec son mari.

Client: Ma décision de te consulter a des effets positifs sur mes rapports avec mon mari. Si je m'adressais à un conseiller que je ne connaissais pas en ville, mon mari n'aurait rien à voir avec lui. Cette partie de nos vies m'appartiendrait entièrement et ne serait pas partagée avec lui. Sur l'île, nous avons souvent parlé avec toi, de sorte qu'il s'agit davantage d'une expérience partagée (et non pas une question d'affrontement entre deux personnes), ce qui, à mon avis, est important. Il serait beaucoup plus difficile pour moi d'expliquer à mon mari ce qu'un conseiller m'aurait dit s'il n'était pas présent ou

s'il ne connaissait pas la personne. La situation le gênerait davantage s'il ne te connaissait pas, et il aurait du mal à croire que tu ne cherches pas à embrouiller davantage les choses pour moi ou à me dire un tas de choses qui ne cadrent pas avec mon mode de vie.

Suivre une thérapie avec quelqu'un avec qui on a des rapports sur d'autres plans peut, entre autres, faciliter l'intégration de l'intéressé dans sa vie et entraîner une diminution du stress pour cette personne. Par exemple, que se passerait-il si votre patron était également votre thérapeute et que vous étiez atteint d'un ulcère? Votre patron pourrait hésiter à vous talonner pour que vous respectiez les échéances et que vous fassiez des heures supplémentaires. C'est ce qui s'est produit sur l'Île lorsque nous avons engagé un menuisier, client du mari de mon médecin, qui souffrait de colite ulcéreuse. Malgré notre impatience face à sa lenteur au travail, nous hésitions à exercer auprès de lui trop de pressions de crainte de provoquer une poussée de la maladie. En raison de ce chevauchement des rôles, nous nous retrouvons ici devant une situation qui pourrait générer du stress pour le thérapeute (dans ce cas, l'employeur) et diminuer le stress chez le client (le travailleur).

Un des problèmes auquel se heurte le malade en raison du recoupement de la relation thérapeutique et de la relation sociale est celui de la crainte de "surcharger" le thérapeute. Par exemple, nous avons une fois été invités à un merveilleux repas par un couple qui était reconnaissant de l'aide que nous lui avions apportée lorsqu'il traversait des difficultés conjugales. Plus tard, j'ai demandé au mari que j'avais invité en ami s'il me consulterait de nouveau à l'avenir s'il faisait face à des difficultés, ce à quoi il a répondu: "Non, je ne le ferais pas, c'est maintenant à ton tour de le faire."

Annie exprime la même préoccupation.

Client: J'ai parfois l'impression de t'exploiter parce que je ne viens te voir que lorsque j'ai des problèmes et cela n'est pas juste...

Ainsi, d'une part, les intéressés apprécient le sentiment de rapprochement, qui provient des valeurs et des croyances partagées et, d'autre part, ils se sentent coupables à l'idée de "se servir" de moi.

Un autre problème que soulève le recoupement de la vie professionnelle et de la vie sociale est celui de l'amour-propre. Dans quelle mesure est-ce que les insulaires sont réticents à l'idée de consulter un thérapeute de l'endroit parce qu'ils sont ou qu'ils ne sont pas amis; parce qu'ils savent ou non qu'il y a un thérapeute qui vit sur l'Île ou parce qu'ils ne sont pas disposés à se révéler? Il est facile de succomber à la tentation de l'irrationnel à propos de questions comme celle-là, par exemple en se disant: "Ils ne viennent pas me voir parce

qu'ils ne m'aiment pas." Interrogée sur la question, voici ce qu'a répondu Annie.

Client: Certains préfèrent de beaucoup rechercher de l'aide en ville (ou quelque part où ils ne sont pas connus) parce qu'ils craignent de le faire ouvertement. En outre, certaines personnes peuvent se sentir menacées par votre mode de vie et considérer que celui-ci ne leur convient pas. Il y a quelqu'un qui m'a avoué qu'il ne venait pas vous voir parce qu'il n'avait pas l'impression que vos idées sur la monogamie rejoignaient les siennes, ce à quoi j'ai répondu en demandant si cela importait vraiment. Vous n'êtes pas là pour dire: "Voici comment je suis et voici comment vous devez être."

Thérapeute: Cette personne craignait peut-être que j'impose mon système de valeurs.

Client: Je me suis donc demandée où elle s'adresserait, si elle interrogerait le thérapeute pour savoir si le système de valeurs de ce dernier correspondait au sien. Cela n'est pas très vraisemblable. Je pense qu'il y a un tas de gens ici qui ne consultent personne ou qui préfèrent s'adresser ailleurs... Je pense aussi qu'il y a des gens ici qui en arrivent à se complaire dans le malheur. Ici, il est tout à fait de bon ton de se sentir déprimé. Dans ces cas, les gens esquisseront un geste de compassion en disant: "Je comprends".

Thérapeute: Oui, et c'est ainsi que les gens composent avec leurs problèmes.

Ainsi, notre problème ici vient de ce que nous exerçons et vivons au même endroit. C'est une situation que connaissent un grand nombre de travailleurs en santé mentale -- celui de l'isolement et du manque de contact.

En quelques mots, voici quelques-uns des problèmes les plus aigus auxquels sont confrontés les travailleurs en santé mentale oeuvrant dans des régions reculées.

1. Le fait de vivre au vu et au su de tout le monde: Comment quelqu'un peut-il s'évader ou du moins s'isoler lorsqu'il vit en vase clos? Bien entendu, ces risques d'empiètement sur la vie privée posent des problèmes tant au client qu'au thérapeute.

2. Le problème du conflit de rôles: Comment choisit-on à n'importe quel moment donné la réaction ou le comportement

approprié? Par exemple, comment s'y prend-on pour nouer des liens avec des gens au cours d'une soirée sans pour autant s'engager dans une relation thérapeutique? Il existe des différences subtiles et qualitatives entre l'amitié et la thérapie. Là encore, on a trouvé que les clients ne se sentaient pas moins concernés par le problème que ne l'étaient les thérapeutes.

3. Le problème de l'amour-propre: Comment réagit-on face au souhait exprimé par certains de rechercher de l'aide d'un thérapeute d'ailleurs? Aussi, comment s'y prend-on pour maintenir suffisamment de contacts avec les collègues?

Solutions

1. En ce qui concerne le problème du manque d'intimité, soulignons qu'il est indispensable de pouvoir changer d'air de temps en temps. Il faut savoir s'éloigner périodiquement de l'île ou de la région pendant un certain temps. Bien qu'il existe des endroits sur l'île où l'on puisse s'isoler, l'emplacement de notre maison fait que nous sommes malheureusement très facilement dérangés par les visiteurs. Toutefois, pour empêcher le thérapeute de trop se préoccuper du besoin d'évasion, j'ai trouvé qu'une solution plus pratique consistait à recourir à une affiche indiquant au public quelles sont les heures de visites appropriées, car elle permet presque de garantir l'intimité sans effort.

2. En ce qui concerne le problème du conflit de rôles, il serait utile que je dispose d'un lieu autre que la maison, où je pourrais recevoir mes clients. De cette façon, il serait plus facile de délimiter les situations.

   En outre, plus ça va, plus je me rends compte qu'il est plus facile de suivre en thérapie les gens que je ne vois pas en société. L'idéal serait que la clientèle vienne de l'île voisine, étant donné que les modes de vie et les valeurs ressemblent à ceux des habitants d'ici, sauf que nous ne sommes pas appelés à nous rencontrer constamment. En fait, nous ne fréquentons intimement que très peu de gens de l'île; nos proches amis viennent d'ailleurs. En outre, des solutions comme celles-là apportent inévitablement des avantages, comme celui de réduire les problèmes de visibilité et de manque d'intimité (n° 1).

3. Pour ce qui est de la question de l'amour-propre, il a été utile de se renseigner sur la question de savoir pourquoi les insulaires ne recherchent pas l'aide des thérapeutes vivant

sur place. Je pense aussi qu'il serait très encourageant de travailler de façon encore plus étroite avec les collègues du centre de santé mentale le plus proche, se trouvant en dehors de l'île, notamment pour s'épauler les uns les autres. Enfin, on ne saurait trop souligner à quel point il est important que le thérapeute ait des amitiés stimulantes, enrichissantes et intimes à l'extérieur du "vase clos" où il vit et où il travaille, s'il veut s'épanouir dans ce genre de cadre.

Résumé

Pour être bien accepté comme thérapeute dans une petite collectivité, il importe que l'on conserve son identité en tant que membre actif de la communauté. Pour bien exercer son métier de thérapeute, on doit consacrer beaucoup de temps à adopter un point de vue objectif et dégagé. Par cette étude, nous avons surtout voulu insister sur la nécessité de concilier ces deux rôles.

Les problèmes et solutions soulevés plus haut ne s'appliquent pas uniquement aux travailleurs ruraux en santé mentale, et chaque thérapeute doit personnellement régler des questions telles que le besoin d'intimité, l'accessibilité et la définition des rôles. Une analyse de la nature et de l'intensité de l'interaction entre vie professionnelle et vie sociale aide tous les thérapeutes à prendre conscience de toutes ces questions.

POUR FAIRE PLUS QUE SURVIVRE:

un répertoire d'antidotes contre le dur labeur et la dépression d'épuisement

J.A. Anderson, M.A.
psychologue
Greater Vancouver Mental Health Service

Les titres qui suivent constituent un choix très personnel d'ouvrages susceptibles de faire partie d'un programme modulaire adaptable destiné aux individus et aux groupes. Un seul des ouvrages de chacune des catégories énumérées dans la bibliographie annotée présentée ci-dessous permettrait amplement au personnel d'une région de mettre au point un programme à long terme visant à réduire le stress et à améliorer le bien-être de ses membres.

Bien des gens en santé ferment impunément les yeux devant les éléments même les plus significatifs d'un plan de prévention ou de récupération. Pour un bon nombre de personnes, il suffirait, pour s'en tirer, de se garder en parfaite forme physique, de connaître la technique de la relaxation, de ne pas se laisser abattre ou de posséder une autre source spéciale d'énergie et de bien-être. Cependant, comme notre travail présente un risque élevé, nous avons peut-être besoin d'être encore plus en forme que bien d'autres groupes si nous voulons être prêts à faire face aux pressions additionnelles que nous rencontrons.

MODULE UN
REFAIRE LE PLEIN: Énergie, santé et vitalité

A. *Bien traiter son corps*

Ardell, D.B. High Level Wellness. Bantam, 1979.
Ce livre présente une approche globale à la santé; il comprend cinq chapitres sur les stratégies individuelles. On remarque plusieurs idées nouvelles dans le chapitre consacré à la lutte contre le stress. La bibliographie annotée (70 pages) accorde une importance considérable à la critique judicieuse d'ouvrages de promotion de la santé.

Cooper, K.H. The New Aerobics. Evans, 1970.
Cet ouvrage présente des programmes d'exercices physiques visant à acheminer le sang vers le cerveau et les extrémités (la natation, le jogging, la bicyclette et la marche rapide, par exemple).

Glasser, William. Positive Addiction. Harper & Row, 1976.
L'auteur décrit les bienfaits du jogging, de la méditation, etc. et d'un mode de vie sain. Il explique comment acquérir des habitudes en ce sens. L'ouvrage risque de ne pas être suffisamment pratique pour certains.

Lalonde, M.A. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Gouvernement du Canada, 1974.
Ce rapport est considéré comme le document le plus respecté et le plus influent jamais écrit sur le sujet par de nombreux responsables de la promotion de la santé aux États-Unis.

McCamy, J.C. et Presley, J. Human Life Styling. Harper, 1975.
Une approche globale qui met l'accent sur la nutrition plus que sur toutes les autres stratégies.

B. Atténuer la tension et ralentir

Benson, H. The Relaxation Response. Morrow, 1975.
Une analyse médicale des bienfaits de la méditation transcendantale et d'autres variantes efficaces sur le plan physiologique.

Colligan, D. Creative Insomnia. McGraw-Hill, 1978.
Une méthode globale pour améliorer le sommeil; s'additionne d'une technique de détente (Jacobson's Relaxation).

Davis, M., Eschelman, E.R., et McKay, Matthew. The Relaxation and Stress Reduction Workbook. New Harbinger, 1980.
624-43rd Richmond, CA, 94805. Un excellent document de travail qui présente une douzaine de techniques, dont différentes méthodes d'apprentissage des mécanismes d'adaptation en plus de la relaxation.

Mason, L.J. Guide to Stress Reduction. Peace Press, 1980.
Un ouvrage pratique écrit sur le mode de la conversation. Toute une gamme de techniques de relaxation y sont décrites; on y trouve des instructions complètes pour diriger des ateliers de travail de cinq séances.

Woolfolk, R.L. et Richardson, F.C. Stress, Sanity, and Survival. Signet, 1979.
L'auteur présente la technique de relaxation classique et y ajoute la méditation et l'autosuggestion. On y trouve également une douzaine de prescriptions claires qui aideront à avoir une attitude détendue face à la vie. Un ouvrage fortement influencé par Ellis (Rational Emotive Therapy).

C. Jouir de la vie

Hansel, T. When I Relax I Feel Guilty. Cook, 1979.
Une excellente source de suggestions de moyens de se détendre

quotidiennement. Les enfants y sont considérés comme d'excellents modèles (en puissance) d'habitudes de vie satisfaisantes et génératrices d'énergie. Orientation chrétienne.

Keen, S. What to Do When You're Bored and Blue. Wideview, 1981.
Ouvrage beaucoup plus substantiel que son titre ne le suggère, fondé sur une recherche approfondie et présenté de façon attirante, en dépit de nombreux aphorismes faciles. L'auteur y fait une distinction nette entre l'ennui d'une part et la dépression et l'apathie d'autre part. Il montre les étapes psychiques du retour à la "vie" après une période d'extrême fatigue et une dépression d'épuisement. Montre également comment se remettre de l'ennui et de la dépression. Intègre recherche psychologique à une orientation zen.

REMARQUE Chacun des ouvrages que nous venons de citer laisse transparaître une très haute considération de l'esprit humain, des rapports entre le corps et l'esprit et de certains traits de l'enfance, notamment la capacité de s'émerveiller et de se plonger totalement dans chaque activité, l'imagination, l'expression artistique spontanée, une concentration "vagabonde", la capacité de jouir des petits plaisirs et de retrouver son aplomb après avoir été secoué, la candeur, la ferveur du néophyte, etc.

D. Combinaison des trois approches

Adams, J.D. Understanding and Managing Stress. University Assoc., 1980.
Préparé et mis à l'essai de façon très rigoureuse. Largement diffusé et très clair. Accompagné d'un document de travail, de lectures et d'un guide à l'intention des animateurs. Voir le module III, Une vision globale de la vie. Les renseignements sur la façon de commander cet ouvrage sont fournis à la fin du présent exposé.

Neidhardt, J., Weinstein, M.S. et Conry, R.F. Stress Management Series. Western Center Health Group 1982.
Cet ouvrage repose sur de nombreuses recherches et expériences pratiques. Voir les modules intitulés Santé et bien-être (II), Apaisement (V), Méthodes autogènes (VI) et Apprentissage de la technique de relaxation progressive (VII). Les renseignements sur la façon de commander cet ouvrage sont fournis à la fin du mémoire.

Tessier, N. Facteurs de fatigue et renouveau. Survie personnelle: module un (le présent volume). Questions détaillées et directives visant à aider les travailleurs de la santé mentale à se maintenir

en bonne santé sur les quatre plans suivants: physique, intellectuel, affectif, et spirituel. Ouvrage rédigé par une travailleuse indépendante qui a longtemps oeuvré dans le centre du Manitoba et qui, pendant de nombreuses années, a profité des avantages offerts par une équipe forte et un réseau d'entraide mutuelle bien structuré.

MODULE DEUX
RESTRUCTURATION: vers une pensée, une perspective et une planification réalistes

A. *Comprendre et intégrer le stress*

Adams, J.D. Understanding and Managing Stress. Module un.
Un ouvrage concis et pratique, peut-être le meilleur dont nous disposons pour la formation, les ateliers de travail, etc.

Albrecht, K. Stress and the Manager. Prentice-Hall, 1979.
L'auteur a compilé dans cet ouvrage une gamme extrêmement variée de données intéressantes qui forment un plan solide pour "repenser" votre mode de vie. L'accent est mis sur l'effet synergique (effet de multiplication) que produit la pratique de la triade de bien-être que constituent la relaxation, les exercices physiques et un bon régime alimentaire. On y trouve un excellent chapitre sur le stress provoqué par les conflits et par un excès de contacts. Constitue un excellent ouvrage de référence pour les programmes de formation. Le dernier chapitre intitulé "What Top Management Can Do About Stress" (35 pages) constituerait un bon moyen d'amener les cadres intéressés par ce problème à réduire les risques que le milieu de travail présente pour la santé (et les dangers de dépression d'épuisement).

Friedman, M., et Rosenman, R.H. Type A Behaviour and Your Heart. Knopf, 1974.
Les cardiologues qui ont popularisé ce syndrome en présentent les causes et suggèrent des façons de réduire au minimum les risques qu'il présente et qui peuvent être mortels.

McKay, M., Davis, M. et Fanning, P. Thoughts and Feelings: The Art of Cognitive Stress Intervention. New Harbinger, 1981.
Cet ouvrage ajoute à "The Relaxation and Stress Reduction Workbook" (ouvrage de Davis et coll. déjà mentionné) une douzaine d'autres techniques éprouvées toujours sous la forme efficace d'un document de travail. (On peut se le procurer à l'adresse suivante: 624-43rd St., Richmond, CA, 94805.)

McQuade W. et Aikman, A. Stress. Bantam, 1975.
L'auteur établit un lien entre les différents organes et le stress. Cet ouvrage est une source de renseignements techniques.

Pelletier, K. Mind as Healer, Mind as Slayer: A Holistic Approach to Preventing Stress Disorders. Dell, 1977.
L'auteur de cet ouvrage rassemble un grand nombre de données (dont certaines sont l'objet de controverses) concernant l'aspect psychosomatique d'un grand nombre de maladies. Cet ouvrage contient plusieurs chapitres sur les effets thérapeutiques de la méditation, de l'autorelaxation, de la visualisation et de la rétroaction biologique. Il met l'accent sur la réorganisation du mode de vie de manière à préserver la santé.

Selye, H. Stress sans détresse. Les éditions La Presse, 1974.
Le pionnier légendaire du stress parle des nombreuses années qu'il a consacrées à la recherche physiologique sur le syndrome général d'adaptation et propose un monde fondé sur "l'égoïsme altruiste". Explique que le monde est composé de "tortues" autant que de "chevaux de course", infatigables comme lui-même. Ce livre accorde une importance égale à la philosophie et à la physiologie.

B. Comprendre et contrôler le surmenage et la dépression d'épuisement

Bates, C. et Van Dam, C. "La voie de la moindre résistance: l'isolement et le paradoxe du traitement de la dépression d'épuisement".
Module deux (le présent volume). L'auteur de cet ouvrage propose un nouveau point de vue paradoxal, à savoir réduire au minimum le stress causé par la peur de la dépression d'épuisement en l'anticipant et en l'acceptant comme faisant partie des risques temporaires inhérents au travail. L'ouvrage met l'accent sur les interventions cognitives.

Bramhall, M.F. Burnout: The Subtle Thief of Program Effectiveness.
Ouvrage inédit. Mimeo (#211-9119 Manchester Rd., Silver Spring, Maryland, 20001). Cet ouvrage groupe cinq stratégies, dont la triade relaxation, exercices physiques et régime alimentaire équilibré (voir Albrecht ci-dessus) à laquelle il ajoute une réduction de la charge de travail et des relations non enrichissantes pendant la première partie d'un programme de rétablissement de quatre semaines (5 p.).

Cherniss, C. Professional Burnout in Human Service Organizations. New York, 1980.
Cet ouvrage est cité dans l'article de Bates et Van Dam.

Edelwich, J. Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Human Sciences, 1980.

L'auteur présente un modèle de dépression grandissante en quatre étapes qui vont de l'enthousiasme idéaliste (fondé sur des attentes irréalistes) jusqu'à l'apathie en passant par la stagnation et la frustration ou la colère. L'auteur qui est travailleur social, se sert de nombreux exemples tirés de ses ateliers de travail et de son travail avec ses collaborateurs. L'ouvrage comprend une gamme intéressante de stratégies, notamment des stratégies administratives.

Freudenberger, H. Burnout: How to Beat the High Cost of Success. Bantam, 1980.

Dans cet ouvrage, un psychologue clinicien de New York présente des anecdotes et des conseils fondés sur une longue expérience personnelle de travail auprès de professionnels souffrant de dépression d'épuisement causée surtout par les effets de leur ambition contrariée de perfectionniste. Ce livre porte surtout sur les "batailleurs" du type "A" dont faisait partie l'auteur lui-même jusqu'à ce qu'il soit terrassé par le stress causé par deux emplois à plein temps. Ce livre semble le mieux connu des ouvrages de ce genre.

Greene, G. A Burn-out Case. Bantam, New York, 1962.

L'Afrique sert de décor à ce roman qui établit un lien entre la lèpre et les changements qui se produisent chez le héros sur les plans de l'esprit et de la foi.

Howard, J., Cunningham, D., Rechnitzer, P., Rusting Out, Burning Out: Stress and Survival on the Job, MacMillan, 1979.

L'un des rares documents à mettre en relief le rapport entre la dépression d'épuisement et le fait de se rouiller en raison du manque de défis à relever, de plafonner, etc. Ne connais pas très bien cet ouvrage.

Pines, A.M. et Aronson, E. Burnout: From Tedium To Personal Growth, Free Press, 1981.

Fruit de plusieurs années de travail, y compris de plus de 100 ateliers et de recherches portant sur 4000 sujets et clients effectuées par l'un des plus importants chercheurs dans le domaine de la dépression d'épuisement (Pines) et par un éminent spécialiste en psychologie sociale. Cet ouvrage établit une distinction importante entre, d'une part, les réactions d'épuisement causées par un surmenage émotionnel prolongé ou répété découlant de certains aspects d'une relation intense et à long terme avec les gens (épuisement) et, d'autre part, la fatigue provoquée par d'autres pressions (ennui). Ces deux types de pressions coexistent. Le livre donne un aperçu impressionnant et utile des niveaux d'intervention personnel, social et organisationnel. Ton plus académique. Le seul livre de ce groupe qui n'ait pas encore paru en livre de poche.

Pines, A.M. et Maslach, C., "Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings", Hospital & Community Psychiatry, 29, 4, 1978.
Article maintenant devenu classique publié par la première équipe de chercheurs. Première tentative en vue de démontrer, documents à l'appui, certaines stratégies relativement acceptables déjà utilisées dans le cas de professionnels harassés dans le domaine de l'aide (1973-1975), notamment un certain degré de: détachement ("souci désintéressé"), intellectualisation, compartimentation maison/bureau, distanciation par rapport aux clients, dépendance affective vis-à-vis des pairs pour obtenir de l'aide. Présente un grand nombre de facteurs de risques qu'on ne trouve pas dans d'autres sources.

Veninga, R.L. et Spradley, J.P., The Work Stress Connection: How to Cope With Job Burnout, Little, Brown, 1981.
Un spécialiste en anthropologie culturelle et un spécialiste en science du comportement ont conjugué leurs efforts pour étudier les facteurs clés qui contribuent à épuiser et à rétablir "l'énergie d'adaptation" (Selye) dans 100 groupes professionnels qu'ils ont examiné attentivement. Ils divisent le cycle menant à l'effondrement en cinq étapes: 1) période de "lune de miel" de gaspillage de l'énergie; 2) la personne se sent fatiguée et à court de carburant et cherche une sortie; 3) "symptômes chroniques" irrépressibles (épuisement, maladie, colère aiguë, dépression, etc.); 4) "crises" empêchant la personne de fonctionner physiquement et émotivement; et 5) (rarement) la personne "se heurte au mur" de l'effondrement total, ce qui peut compromettre sa carrière.

C. Comprendre et maîtriser les idées et attentes irréalistes

Bates, C. et Van Dam, The Path of Least Resistance, Module n° 2.
Présente les thérapies cognitives et les effets destructeurs des fausses alarmes provoquées par la résistance à la réalité.

Burns, D.D., Feeling Good: The New Mood Therapy, Signet, 1980.
Guide à l'intention des personnes déprimées rédigé par un psychiatre qui a été formé par Beck et qui a aidé ce dernier à développer ou à "trouver" sa version de la thérapie cognitive. Chevauchement énorme avec la psychothérapie rationnelle émotive d'Ellis. Les chapitres "Your Work is Not Your Worth" (13) et "Dare to Be Average: Ways to Overcome Perfectionism" (14) sont parmi les plus intéressants sur ce sujet.

Greenberg, D., How to Make Yourself Miserable, Random, 1966.
Antidote hilarant contre toute envie de prendre trop au sérieux les habitudes auto-destructrices. Contient une grande quantité de listes et de tableaux dans lesquels le lecteur pourra trouver des facteurs qui garantissent une vie misérable par voie de

"l'inquiétude tridimensionnelle". Permet au lecteur de se rendre compte comment il est facile de rationaliser les regrets ou les inquiétudes associés à tous les aspects de la vie. S'il est vrai que rira bien qui rira le dernier, alors ce livre pourrait contribuer grandement à accroître l'endurance.

Jewett, R.J. et Lawrence, J.S., The American Monomyth, Anchor, 1972.

Ces deux spécialistes en anthropologie culturelle décrivent en détail le rôle envahissant de ce mythe générateur de dépendance sur lequel l'Amérique a été fondée. Cette culture a toujours été conditionnée à s'attendre d'être sauvée du danger par un étranger, un super-héro mystérieux, comme le Lone Ranger, le capitaine Kirk, etc. qui s'en retournera ensuite (sans avoir demandé quoi que ce soit en retour) jusqu'à la prochaine crise. Tout dispensateur de soins qui est attiré sans discernement vers le complexe messianique du personnage rédempteur est un candidat tout désigné à la dépression d'épuisement. Analyse moderne mordante mais spirituelle. Édition cartonnée.

Kopp, S., End To Innocence: Facing Life Without Illusions, Bantam, 1978.

Un classique en matière de thérapie convenant à toute personne qui conserve plus d'une trace de méfiance paranoïde "pseudo-innocente" ou de naïveté à la Candide. L'auteur démontre de façon convaincante, en puisant en grande partie dans son expérience personnelle (d'enfant, de patient en neuro-chirurgie et de spécialiste en psychologie clinique) qu'il n'est pas plus réaliste d'attendre des récompenses et une protection pour sa gentillesse que de s'attendre d'être choisi comme victime de toutes les infortunes. Le fait de savoir que la vie n'a pas tendance à être particulièrement "juste" envers quiconque peut enlever beaucoup de pressions liées à une lutte et à des réflexions inutiles, etc.

Lazarus, A. et Fay, A., I Can If I Want To, Morrow, 1975.

Programme systématique de thérapie cognitive pour récuser vingt des idées erronées les plus courantes et les plus destructrices et les présomptions fausses qui les sous-tendent (par exemple, ne faites pas d'erreurs). Aussi orienté vers l'action qu'un cours de musculation. Beaucoup d'exercices écrits.

Machlowitz, M., Workaholics: Living With Them, Working With Them, Mentor, 1980.

Ouvrage primé et rédigé dans le style de l'enquête journalistique par un psychologue industriel qui a étudié minutieusement le cas de 100 bourreaux de travail. Accepte cette manie du travail comme étant un modèle de personnalité satisfaisant, quoique comportant des risques et qui change peu avec le temps, même à l'âge de la retraite. Contient des suggestions utiles aidant la

personne à transformer les événements en quelque chose de positif plutôt que de les laisser devenir des sujets d'affliction. Se termine par la phrase de Churchill: "Ceux pour qui plaisir et travail ne font qu'un, sont des personnes bénies des dieux." (Traduction libre)

McKay, M., Davis, M. et Farening, P., Thoughts and Feelings: The Art of Cognitive Stress Intervention, New Harbinger, 1981.
Recensé plus haut (Module 2, section "A"). Contient un chapitre très bien condensé sur la façon de combattre les idées fausses ("Combatting Distorted Thinking"). Renferme une douzaine de stratégies cognitives visant à modifier le comportement.

Pirsig, R. Traité du zen et de l'entretien des motocyclettes, Paris, Seuil, 1977.
Ouvrage classique, brillant et original rédigé par l'un des défenseurs les plus perspicaces de la qualité et de la thèse selon laquelle les choses devraient fonctionner comme elles ont été conçues pour le faire. Il s'agit du récit d'un voyage en motocyclette et des réparations mécaniques qui s'ensuivent, émaillé de mini-discours portant sur les façons d'améliorer son fonctionnement personnel. Le chapitre 26 résume sans le vouloir les arguments contre l'impatience de type "A" de façon beaucoup plus saisissante que les publications techniques peuvent le faire. Dans ce chapitre, Pirsig donne un cours intensif en séliologie - le maintien du "carburant psychique" qui permet de faire avancer les choses. Parmi les pièges épuisants qui empêchent la personne de se prendre en main et de prendre mieux soin d'elle-même, on retrouve: le piège de la rigidité (valeurs rigides); le piège de l'égo (trop d'orgueil pour accepter l'échec); le piège de l'anxiété (phobie de l'échec); le piège de l'ennui (perte de "l'enthousiasme du néophyte"); et le piège de l'impatience (attentes irréalistes). Lorsque chacun de nous a fait un exposé sur ce qu'on entendait par un service de qualité dans un groupe de discussion sur la qualité au début du projet au Manitoba, l'ouvrage de Pirsig nous a permis de conserver notre zèle et notre enthousiasme (bonne humeur).

Watzlawick, P., Weakland, J. et Fisch, J.J., Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution, Norton, 1974.
Abondante source de renseignements même si les éléments trop techniques sont écartés. Préconise l'utilisation du paradoxe, de la restructuration et des façons systématiques d'envisager les problèmes d'un oeil nouveau. Voir l'ouvrage de Bates et Van Dam.

D. Comprendre et soulager la souffrance humaine qui ne peut être enrayée

Kopp, S. End to Innocence: Facing Life Without Illusions, Bantam, 1981.

Essaie avec brio de contrer la désillusion en nous rappelant comment la souffrance se manifeste souvent de façon aléatoire même pour le soi-disant "auxiliaire magique". Montre la façon paradoxale dont les dispensateurs de soins les plus idéalistes et les plus dévoués ont souvent le plus de difficulté à faire face à la douleur et à la "malchance" (qui s'abat sur eux et sur les autres).

Kushner, H.S., When Bad Things Happen to Good People, Shocken, 1981.

Difficulté d'un conseiller rabbin à faire face à la sénilité et à la mort précoces (causées par la progérie) de son fils bien-aimé. Aboutit à certaines des mêmes conclusions que Kopp dans la rubrique précédente, c'est-à-dire que personne ne peut s'attendre à avoir ce qu'il mérite, que l'on soit gentil ou non.

E. Comprendre et savoir planifier sa vie personnelle

Adams, J.D., Understanding and Managing Stress, Univ. Assoc., 1980.

Module II. Connaissance de soi et planification personnelle.

Anstin, M.G., Voyage: A chartbook for Career/Life Planning, Kendall/Hunt, 1980.

Bolles, R., Three Boxes of Life (And How to Get Out of Them): An Introduction to Life/Work Planning.

Salué unanimement comme le meilleur guide jamais paru à l'intention des personnes intéressées à planifier leur vie et leur carrière et à changer de travail. Regorge de tous les types imaginables de questions et de solutions - le tout présenté avec beaucoup d'esprit et de façon captivante comme l'ouvrage si apprécié qui l'a précédé What Colour is Your Parachute? (1972). Bien sûr, juste le fait de savoir qu'on a toujours une carrière de relève convenable au moment opportun peut atténuer une bonne partie du stress. C'est la ressource ultime pour organiser sa vie. Au lieu de la division traditionnelle de la vie en compartiments: éducation, travail puis loisir (retraite), Bolles prône la poursuite des trois options pendant toute la vie et décrit pendant presque 500 pages certains éléments destinés à faciliter le processus.

Flach, F., Choices. Coping Creatively With Personal Change, Bantam, 1979.

Rédigé par le psychiatre qui a écrit "The Secret Strength of Depression".

Kirn, A.G. et Kirn, M.V., Life Work Planning/Life Work Planning Training Manual, McGraw Hill, 1978.

Ne connais pas.

Lakein, A., How to Get Control of Your Time and Your Life, Signet, 1973.

Programme détaillé très pratique présenté par un spécialiste à plein temps de renommée internationale. Parmi ses stratégies bien connues, l'une consiste à se demander fréquemment "Quelle est la meilleure façon d'utiliser mon temps pour le moment?" Il recommande également d'établir des catégories de priorités A, B et C ("Ne pas tenir compte"). Pourrait aggraver les problèmes de certaines personnes telles que les personnalités de type "A" qui ont les yeux fixés sur la pendule.

Miller, G.P., Life Choices, How to Make Critical Decisions -- About Your Education, Career, Marriage, Family, Lifestyle, Bantam, 1981.

Programme d'un psychologue en counseling -- beaucoup utilisé particulièrement dans le milieu des affaires et dans l'enseignement.

Neidhardt, J., Weinstein, N.S. et Conry, R.F., Stress Management Series, Module trois: "Personal Planning skills", Western Center Health Group, 1982.

Traite de la libération de l'esprit, de la maîtrise de l'inquiétude, de l'organisation du temps, de l'établissement des objectifs, de la résolution des problèmes et de l'analyse des attentes.

Sheehy, G., Passages. Les crises prévisibles de l'âge adulte, Belford, 1977. Distribué par Hachette.

En plus de normaliser vos expériences, cet ouvrage peut vous aider à réduire le stress et le caractère exténuant des crises parce qu'une bonne partie des efforts d'adaptation peuvent être déployés à l'avance lorsque les crises peuvent être prévues dans une certaine mesure. Il ne s'agit pas ici d'éviter complètement les crises courantes (y compris la dépression d'épuisement), mais d'y faire face, de préférence de façon réaliste et ouverte, étant donné qu'elles peuvent amener l'individu à adopter des modes de vie plus satisfaisants.

Porat, F., Creative Procrastination, Harper & Row, 1980.

Approche globale visant la qualité plus que la rapidité. Soutient que l'organisation du temps est inutile si elle ne laisse pas de temps libre pour le côté humain de la vie.

MODULE TROIS

RENÉGOCIATION: vers l'établissement de certaines limites, la confiance et l'affiliation du travail

A. Effort en vue de résoudre les problèmes de famille en suspens

Halpern, H.H., Cutting Loose: An Adult Guide to Coming To Terms with Your Parents, Bantam, 1978.

Guide rédigé par un spécialiste chevronné en psychologie

clinique. Donne une description approfondie des divers types de personnalités d'un parent, de même que des façons de comprendre et d'abandonner les vieilles "rengaines". Meilleur livre du genre.

Satir. V., Peoplemaking, Human Sciences, 1972.
Décrit quatre importants troubles de la communication et comportements inadéquats (distraction, calcul, blâme, attitude conciliante). Les versions positives de ces modes de vie correspondent au titre de nos quatre modules visant à la réduction du stress.

Weinhold, B. et Andresen, G., Threads: Unravelling the Mysteries of Adult Life, Marek, N.Y., 1979.
Manuel bien structuré incluant plusieurs listes particulièrement intéressantes d'éléments visant à clarifier les injonctions parentales, les illusions, les mythes, les suppositions, les attentes en ce qui concerne le rôle, etc. Cette approche différente est appelée thérapie de la tolérance (Permission Therapy), elle contient des exercices visant à vous apprendre à pardonner à vos parents de même qu'à vous-même et aux autres d'être humains et d'être limités, etc.

B. *Efforts en vue d'atténuer la culpabilité, de réduire la manipulation et l'engagement excessif*

Alberti, R.E. (éd.), Assertiveness: Innovations, Applications, Issues, Impact, 1977.
Il s'agit d'un recueil de 35 articles portant sur une vaste gamme de sujets, dont la recherche d'un travail, les mythes au travail concernant l'affirmation de soi, et la capacité des infirmières qui font face à une surcharge de travail de s'affirmer, de fixer des limites, etc. Édition cartonnée.

Alberti, R.E. et Emmons, M., Stand Up, Speak Out, Talk Back, Pocket Books, 1975.
Version condensée et mise à jour de "Your Perfect Right".

Fensterheim, H., Don't Say Yes When You Want to Say No, Dell, 1975.
Le chapitre le plus important de cet ouvrage axé sur le comportement est consacré à l'affirmation de soi au travail. ("Assertion on the Job").

Lange, A.J., Jakubowski, P., Responsible Assertive Behaviour: Cognitive/Behavicur Procedures for Trainers. Research Press, 1976.
Ouvrage qui intègre le mieux les approches cognitives et les méthodes axées sur le comportement. Contient beaucoup d'exercices, de dialogues et d'applications intéressantes.

Smith, M., When I Say No I Feel Guilty: How to Cope Using the Skills of Systematic Assertive Therapy, Bantam, 1975.

Cet ouvrage très populaire met l'accent sur la façon de négocier avec assurance et persistance une façon de répondre aux besoins sans succomber aux manipulations destinées à faire naître des sentiments de culpabilité, d'anxiété et d'ignorance. Contient un chapitre sur la façon de mieux réagir dans des situations où l'on doit exercer une surveillance et l'autorité.

C. *Façons de modifier les conditions de travail*

Adams, J.D., Understanding and Managing Stress, Module cinq: "Managing Work-Related Stress", University Associates.

French, J.R.P. et Caplan, R.D., "Organizational Stress and Individual Strain", The Failure of Success, A. Marrow (éd.), Amacom, 1979.

M'a été recommandé. Ne connais pas.

Miller, N.J. et McSweeney, A., Les grands problèmes du travailleur en santé mentale travaillant en poste isolé, Module 3: Problèmes de survie personnelle.

Contient diverses façons de modifier les pratiques dans le domaine de la gestion en vue d'améliorer la qualité de la surveillance, etc.

Pirsig, R., Traité du zen et de l'entretien des motocyclettes, Paris, Seuil, 1977.

Série de discours divertissants et stimulants sur la qualité et les différences individuelles. Véritable mine d'or.

POSTFACE

REMARQUE Nous avons mentionné deux programmes modulaires absolument remarquables de réduction du stress (Adams; Neidhardt et coll.) qui ne seront jamais disponibles en librairie. Nous pouvons les recommander sans réserve vu leur mise à l'essai sur le terrain sur des milliers de participants et qu'ils couvrent une bonne partie des sujets traités dans les ouvrages ci-haut mentionnés. Si vous n'avez pas la possibilité dans votre région d'obtenir une quantité suffisante des autres ouvrages et si vous n'avez aucune objection à un ensemble de textes déjà colligés, l'utilisation de ce type de matériel pourrait s'avérer beaucoup plus simple à long terme.

Commandes

1. Adams, J.D., Understanding & Managing Stress.

   1. "Manuel" - renferme différents modules: comprendre le stress, créer et utiliser des réseaux de soutien, faire face au stress associé au travail, une approche globale à la vie (alimentation exercice, laisser-aller ou réactions de relaxation), la connaissance de soi et la planification personnelle.

   2. "Livres de lecture"

   3. "Guide de l'animateur"

Adresser les commandes à: University Associates, Inc.
8517 Production Way
P.O. Box 26240
San Diego, CA 92126

2. Neidhardt, J., Weinstein, M. et Conry, R.F., Stress Management Series.
   Comprend sept modules: Introduction; Santé et bien-être en général; Aptitudes à la planification personnelle; Compétences en matière de communication; L'apaisement; Les méthodes autogènes; L'apprentissage progressif de la relaxation (35 $ pour l'ensemble).

Adresser les commandes à: Western Center Health Group
820 - 1090 W. Georgia St.
Vancouver (Colombie-Britannique)
Canada V6E 3V7

Veuillez adresser vos critiques ainsi que tout ajout proposé à cette liste (et au chapitre en entier) à l'éditeur:

J.A. Anderson
7869 - 229th St., R.R. 6
Langley (Colombie-Britannique)
V3A 4P9

CHAPITRE II: "SURVIE PROFESSIONNELLE"

Rédacteur de la section: Ron Brown
Directeur exécutif
Association canadienne pour
la santé mentale (Division
de la Colombie-Britannique)

SURVIE PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL*

Francis J. Turner, D.S.W.,
directeur exécutif,
Université Laurentienne, Sudbury (Ontario)

INTRODUCTION

Les conférences périodiques sur la santé mentale en milieu rural servent bien ce domaine général de la pratique ici au Canada, car elles attirent l'attention des différentes professions sur une réalité importante de la vie dans ce pays, à savoir la pratique dans de vastes régions peu peuplées. En tant que résident de l'Ontario, cette "province de l'Ouest" la plus rapprochée des provinces de l'Est, il me fait grand plaisir de participer à la Sixième conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural et, par le fait même, au manuel qui sera publié par la suite. Permettez-moi de vous dire dès maintenant que mon expérience de la pratique de la santé mentale en milieu rural n'est pas récente. À une époque de ma vie, j'ai travaillé pendant plusieurs années dans un hôpital psychiatrique qui possédait un vaste réseau de foyers accrédités en milieu rural. Cette expérience, entre d'autres, a suscité chez moi un intérêt particulier pour les défis que présente la pratique en milieu rural, où le travailleur de la santé mentale est éloigné des centres urbains autant sur le plan physique que sur le plan intellectuel. Mais je dois cependant insister sur le fait que mon expérience date de quelques années.

La plupart de mes observations exprimeront le point de vue des travailleurs sociaux car ceux-ci constituent le groupe que je connais le mieux. Ce n'est pas par étroitesse d'esprit ou isolement professionnel que j'adopte cette attitude. Au contraire, je suis convaincu que la ligne de démarcation qui sépare les professions s'estompe davantage dans le cas de la santé mentale en milieu rural que dans tout autre contexte; et à mon avis, c'est là une très bonne chose. Mes observations exprimeront le point de vue des travailleurs sociaux parce que dans ce domaine, je peux m'adresser à mes collègues avec une certaine compétence. Je me suis toujours opposé aux gens qui sont prêts à dire aux membres des autres professions comment gérer leur vie; néanmoins, j'espère et je crois que mes observations seront pertinentes pour tous les professionnels qui oeuvrent en santé mentale.

---

* Le présent article est tiré d'une allocution principale prononcée le 15 septembre 1981 au cours de la Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural qui a eu lieu à Kelowna (Colombie-Britannique).

Le rat des villes et le rat des champs

J'aimerais tout d'abord parler de nos attitudes, de la perception que nous avons de nous-mêmes en tant que travailleurs en milieu rural. Au cours des dernières années, je me suis beaucoup intéressé aux ressemblances qui existent entre les divers praticiens, ressemblances qui persistent même lorsque ceux-ci travaillent loin les uns des autres. Au cours des années où j'ai pratiqué ma profession, j'ai eu l'occasion de travailler avec des travailleurs sociaux dans plusieurs régions rurales au Canada aussi bien qu'à l'étranger. J'ai travaillé dans l'Arctique canadien, à la Barbade, à Terre-Neuve, dans la campagne ontarienne, dans le nord de l'Ontario et de l'Écosse et en Israël.

Pour un trop grand nombre de mes collègues, la pratique en milieu rural est, par définition, une pratique de deuxième classe ou de second ordre; pour eux, c'est dans les grands centres urbains qu'on se trouve à la fine pointe de la profession. C'est une situation qui rappelle la fable du rat des villes et du rat des champs. Mais cette attitude est surtout affligeante parce qu'elle est fondée sur une prémisse totalement fausse. Combien de fois ai-je été impressionné par les connaissances, les aptitudes, la compétence, l'ingéniosité et les ressources personnelles des professionnels des régions rurales. Loin d'avoir à s'excuser de leur manque de connaissances, ils sont souvent, en fait, à l'avant-garde de leur discipline. Dans bien des cas ils ne disposent pas de toutes les ressources dont ils auraient besoin, mais leur compétence ne peut être mise en question.

Si pour vous, la pratique en milieu rural est une pratique de seconde classe, il est extrêmement important que vous essayiez de vous débarrasser de cette attitude. Il importe que vous vous posiez la question suivante: "Qui a défini la pratique professionnelle en milieu rural?" Nous risquons de perpétuer inutilement le concept selon lequel nous sommes si différents de nos collègues des villes qu'il nous faut nous réunir séparément. En fait, notre position serait beaucoup plus solide si nous refusions de nous laisser identifier comme un sous-groupe spécial au sein de notre profession. Je ne veux pas trop insister sur cette question, sauf pour souligner le fait qu'en conservant trop longtemps et trop fortement une identité distincte nous risquons d'amener le reste de la profession à nous considérer comme vraiment différents.

Il est donc vital que nous restions en contact avec nos groupes professionnels respectifs. Dans toute profession, il y a de la place pour des spécialistes. Cela est vrai tant que nous sommes perçus, et surtout, tant que nous nous percevons nous-mêmes comme des spécialistes, et non comme des membres différents ou, pis encore, des membres déviants de la profession. Il est donc important que nous nous rappelions à nous-mêmes, et les uns aux autres, que nous avons une importante contribution à apporter au progrès des connaissances dans notre profession en général. Nous avons beaucoup à apprendre à nos collègues qui ne pratiquent pas en milieu rural.

Direction, autonomie et image de soi

Une des plus importantes contributions que le Canada est en mesure de faire sur le plan international est de montrer comment un pays comme le nôtre peut établir un réseau de prestation de services capable de répondre aux énormes défis que représentent le climat, les distances et les obstacles géographiques. Nous possédons les qualités requises pour devenir un des premiers pays du monde dans ce domaine, pour devenir des chefs plutôt que des disciples dans nos propres disciplines.

Le poste que j'occupe actuellement à l'Université Laurentienne me permet de parler avec une certaine conviction sur ce sujet. Notre mandat est d'instaurer l'enseignement universitaire dans la région du nord-est de l'Ontario. Si vous consultez une carte géographique, vous pouvez vous rendre compte de l'étendue de ce territoire: non seulement est-il énorme, mais il est aussi très isolé et possède un des pires climats que notre pays peut offrir. Nos écoles professionnelles, comme les écoles de soins infirmiers, de service social et d'éducation, s'intéressent beaucoup au défi que présente la région. Lentement, nous nous rendons compte que c'est une erreur de juger de la qualité de nos programmes scolaires et de nos méthodes d'enseignement d'après leur ressemblance avec ceux des universités urbaines.

En tant que professionnels oeuvrant en milieu rural, il est donc urgent de nous définir d'après nos qualités professionnelles et morales, c'est-à-dire en fonction de nos convictions, de nos valeurs, de notre engagement et du sentiment que nous avons de notre propre compétence. Je veux parler ici de la nécessité d'avoir une image de soi forte et saine qui permet de dire "Je suis bon", ou "Je suis quelqu'un". Je mentionne cela parce que, chez de nombreux professionnels, une grande partie de l'image de soi est une attitude renforcée par le groupe, c'est-à-dire par les personnes qui remplissent les mêmes tâches et les mêmes rôles. Il est facile d'être sûr de soi lorsqu'on travaille dans un centre avec vingt ou trente collègues qui font le même genre de travail, mais il est souvent beaucoup plus difficile de maintenir ce sentiment de compétence professionnelle lorsqu'on travaille seul et qu'un bon nombre de nos activités ont bien peu de chose en commun avec ce qui est généralement reconnu comme le rôle de notre profession. Dans notre société, l'explosion des connaissances rendra de plus en plus floues les lignes de démarcation traditionnelles entre les professions. Dans un tel contexte, les professions survivront si les professionnels sont convaincus de leur propre valeur et de leur compétence; cette survie ne sera pas due au rôle particulier que ces professionnels joueront dans la société, mais à la façon extrêmement compétente et responsable dont ils s'acquitteront de leur tâche.

C'est pourquoi, pour survivre dans le domaine du service social en milieu rural, il faut posséder un grand sens de l'autonomie. Nous

ne pouvons nous cacher derrière un rôle déjà établi; nous devons créer notre propre rôle, celui qui nous permet le mieux de nous acquitter de nos responsabilités particulières. Dans bien des cas, nous devrons lutter avec force pour faire accepter ce rôle; mais nous devrons le définir nous-mêmes et ne pas laisser cette tâche aux autres. Nous devons travailler pour en arriver à nous sentir à l'aise dans un rôle varié et flou, et accepter que ce rôle soit couramment contesté et remis en question. En tant que travailleur social, je suis de moins en moins inquiet de voir que de nombreux autres professionnels appartenant à d'autres disciplines peuvent faire un grand nombre des choses qui font partie de mon rôle. Ma seule préoccupation est de m'assurer que ce que je fais reflète les plus grandes connaissances et la plus grande compétence possible. Nous devrions tous accueillir avec plaisir une concurrence responsable.

Les professionnels qui pratiquent en milieu rural apprennent vite qu'ils doivent faire de nombreuses choses pour lesquelles l'université ne les a pas préparés. Un travailleur social en pratique à Terre-Neuve m'a raconté qu'une des premières tâches dont il a dû s'acquitter lorsqu'il travaillait pour l'assistance publique dans un poste très isolé consistait à traverser une baie à la rame, chaque soir, seul dans un doris, pour aller sur une île ensevelir les corps des gens qui étaient morts pendant la journée d'une grave épidémie de grippe qui sévissait dans la région.

Au cours de ma première visite dans l'Arctique où j'étudiais les conditions de vie des vieillards Inuit, j'ai dû aider le vétérinaire de la Gendarmerie royale à vacciner des chiens esquimaux. Mon travail consistait à immobiliser les pattes arrière du chien tandis qu'un jeune policier retenait les pattes de devant et que le vétérinaire donnait le vaccin; une fois le vaccin donné, nous lâchions le chien et nous nous mettions à courir à toutes jambes. J'essayais de paraître brave, mais j'étais terrifié et je me suis vite rendu compte que le jeune policier tremblait autant que moi. Pour me récompenser de ce service, on me permettait de voyager à bord de l'avion de la Gendarmerie pour aller interviewer les personnes âgées qui m'intéressaient dans les divers camps de la région.

Donald Krill, un travailleur social du Colorado, a publié un livre très intéressant intitulé Existential Social Work; dans cet ouvrage il expose une théorie selon laquelle le travailleur social, dans sa réalité de tous les jours, doit apprendre à être autonome: à se tenir en observateur en bordure de la foule, à trouver sa véritable identité dans sa foi en lui-même et non dans les applaudissements des autres. À mon avis, la plupart des travailleurs sociaux ont besoin d'un engagement existentiel s'ils veulent survivre sur le plan professionnel.

Je me rends compte que cette discussion sur l'autonomie empiète sur la question de survie personnelle, mais à mon avis elle est également essentielle à la survie du professionnel. En résumé, pour

survivre professionnellement dans les régions rurales, il faut être sûr de sa propre valeur professionnelle. Cette confiance en soi vient de l'évaluation que nous faisons nous-mêmes de nos responsabilités et non d'un rôle défini entièrement par les autres ou par le milieu.

Technique et excellence

Je ne crois pas que notre tâche consiste uniquement à survivre sur le plan professionnel. Il nous faut plutôt exceller sur le plan professionnel et devenir des chefs de file reconnus en matière de compétence et de prestation de services. Heureusement, nous vivons à une époque où, pour la première fois dans l'histoire, les professionnels que nous sommes disposent d'une vaste gamme de ressources capables d'augmenter leur capacité de communiquer entre eux, avec leurs clients et avec les collectivités, quel que soit le lieu où ils se trouvent. C'est dans ce domaine de la technique qu'à mon avis, le professionnel de la santé mentale qui travaille en milieu rural peut enrichir de façon importante sa réalité professionnelle. À ceux d'entre vous qui aimeraient lire une discussion intéressante sur les possibilités qui s'offrent à nous, je recommande un ouvrage canadien intitulé Gutenberg 2; ce livre traite de toute l'information constamment disponible à l'heure actuelle partout dans le monde.

Dans certains domaines des techniques de communication, comme la télévision par satellite et le nouvel univers des fibres optiques, le Canada est un des pays les plus avancés. Les fibres optiques permettront la télévision interactive, c'est-à-dire qu'il sera possible d'avoir un échange avec le téléviseur et que des personnes éloignées pourront converser par l'intermédiaire de la télévision. Il est possible que dans un avenir rapproché, la plupart des foyers disposeront de cinquante à soixante canaux de télévision qui permettront différentes formes d'interaction. Pour nous qui travaillons dans le domaine de la santé mentale en milieu rural, ces progrès nous offrent des perspectives intéressantes. Des progrès fascinants se sont déjà produits dans le domaine général de la télé-médecine; la transmission rapide de l'information médicale permet de poser un diagnostic et de faire une consultation à grande distance.

Avez-vous songé à toutes les possibilités que nous offre cette ressource lorsqu'il s'agit de faire de la thérapie familiale, d'interviewer des clients éloignés, de communiquer avec des collègues qui habitent d'autres régions et d'intervenir à distance dans des cas d'urgence? Je m'arrête souvent à penser à tout le temps et à l'argent que nous dépensons à visiter des clients dans les régions rurales. Je suis sûr que certains d'entre vous ont déjà eu à voyager toute une journée ou plus pour faire une seule visite à domicile. Il est facile d'imaginer combien nous serions plus efficaces si nous pouvions parler avec Madame Murphy et sa famille pendant une heure chaque semaine grâce à la télévision interactive.

Bien sûr, cette idée n'est pas nouvelle. Au cours de ce premier voyage dans l'Arctique dont je vous ai parlé plus tôt, j'étais aussi responsable le soir de la radio en ondes courtes. Un soir, une famille Inuit est venue s'asseoir en demi-cercle devant l'appareil pour parler à un de ses membres qui se faisait soigner dans un autre poste.

Bien sûr, cette technique ne remplacera jamais le contact direct avec les clients, mais je crois sincèrement qu'elle peut et qu'elle doit jouer un rôle important dans la prestation des services de santé mentale dans les régions rurales de ce pays. Je me rends bien compte que je prêche probablement des convertis. Dans certaines régions du pays, on fait actuellement des expériences intéressantes dans ce domaine; on étudie l'usage qui peut être fait de ces nouvelles ressources dans tous les différents aspects de notre pratique. Dans l'Est de l'Arctique, par exemple, le vidéophone permet aux chefs de la communauté d'organiser des rencontres avec leurs membres des postes éloignés.

À mon avis, nous avons fait preuve jusqu'à ce jour de très peu d'organisation dans l'utilisation de ces ressources pour assurer notre survie professionnelle. Ces progrès techniques constituent probablement la plus grande innovation à survenir au cours des deux dernières décennies dans le domaine des services de santé mentale. Nous devons saisir cette occasion et l'exploiter; nous devons également partager nos expériences avec les autres. Et pourtant je constate que ce sujet n'a pas été traité de façon approfondie, ni à la présente conférence, ni à la Conférence nationale sur la santé mentale en milieu rural qui a eu lieu à Sudbury du 1er au 3 septembre 1981. Les applications de la technologie dans le domaine des services de santé mentale en milieu rural constituerait un thème extrêmement intéressant pour une conférence future.

Ayons l'esprit scientifique

Dans un récent article publié dans l'American Social Work Journal, Joel Fischer d'Hawaii parle de la révolution tranquille qui se produit à l'heure actuelle au sein de la profession: alors qu'auparavant nous acceptions de fonder la pratique de notre profession sur des connaissances glanées au petit bonheur, nous nous engageons maintenant à l'asseoir sur une base empirique beaucoup plus solide.

À mon avis, il s'agit d'une observation valable. La dichotomie qui opposait encore récemment le rôle du praticien à celui du scientifique est en train de se transformer rapidement pour faire de ces deux rôles un seul tout. Je suis absolument convaincu que ce changement est crucial pour le développement professionnel de ceux qui travaillent en milieu rural. Les termes "clinicien scientifique", "praticien scientifique" ou "scientifique praticien" permettent de décrire ce nouveau rôle. Ce terme ne veut pas dire que nous devons tous devenir des chercheurs et

des théoriciens au sens classique, mais plutôt que nous ajoutions à nos valeurs un engagement ferme en matière d'imputabilité, une volonté constante de comprendre ce que nous faisons, un désir insatiable de découvrir pourquoi les choses se passent d'une certaine façon plutôt que d'une autre et un sens dirigé de l'observation. Ce nouveau rôle de clinicien scientifique peut améliorer sensiblement notre sentiment d'autonomie parce qu'il nous amène à nous poser la question "Où en suis-je?", question qui nous hante bien souvent d'une façon vague et floue, surtout lorsqu'une grande partie de notre travail est réalisé loin des grands centres et loin du renforcement apporté par les collègues.

Ne voyons pas trop grand

Tout en adoptant l'attitude de l'observateur discipliné, nous devons effectuer une seconde modification de nos valeurs qui nous amènera à ne pas voir trop grand. Je suis de plus en plus convaincu que nous n'avons pas fait de grands progrès dans ce domaine de la pratique parce que nous avons cherché des changements majeurs ou des réalisations spectaculaires. Dans le domaine du service social, je suis convaincu que le progrès est le résultat de plusieurs centaines de petits efforts d'évaluation effectués avec soin, plutôt que le résultat de grands projets d'évaluation au cours desquels on pose des questions telles que "Le personnel professionnel est-il efficace?", "La thérapie familiale donne-t-elle de bons résultats?" ou "Ce programme de lutte contre l'alcoolisme est-il utile?" Trop souvent, nos efforts d'évaluation et de démonstration visent des objectifs impossibles à atteindre et sont par conséquent voués à l'échec. Nous ferons des progrès lorsque nous nous contenterons de faire des changements petits, mais tout de même respectables et démontrables et axés sur des objectifs prévus. Nous améliorerons notre efficacité professionnelle et, par conséquent, notre propre valeur sur le plan social, dans la mesure où nous nous engagerons plus fortement à adopter, dans notre pratique, une attitude plus disciplinée, plus critique et plus nettement orientée vers des objectifs.

Imputabilité et critique des pairs

Cependant, si nous nous engageons dans ce rôle de praticien scientifique, d'autres rôles secondaires ou éléments de rôle s'y grefferont. Si nous ajoutons le rôle "d'observateur discipliné" à notre identité professionnelle de "praticien ayant une conscience sociale", nous devrons alors accepter d'être critiqués par nos pairs. Si nous voulons devenir plus responsable dans la pratique de notre profession, nous devrons accepter que notre attitude professionnelle soit examinée publiquement par nos collègues. Cela nous permettra d'établir de meilleures bases de référence, c'est-à-dire que nous pourrons déterminer des objectifs réalistes pour chacun des différents éléments

qui entrent dans la pratique de notre profession. Il s'agit là d'une notion critique car une des plus grandes difficultés qu'on rencontre en santé mentale consiste à savoir ce qui est assez bon, ce que nous sommes en mesure d'attendre d'une intervention individuelle, d'une intervention de groupe, de projets éducatifs et de projets d'action directe.

À moins que nous établissions des bases de référence, nous serons incapables de faire des comparaisons. Et je suis convaincu que c'est à cause de cette absence de bases de référence que nous sommes souvent beaucoup plus exigeants pour nous-mêmes qu'il ne serait nécessaire de l'être et que nous sommes incapables de reconnaître les améliorations qui se sont produites au niveau des services et des interventions parce que nous visons trop haut. Par exemple, un programme de formation destiné aux parents est souvent considéré comme un échec si une étude subséquente révèle que 20% des parents qui y ont participé ont modifié leur comportement de façon permanente. Cependant, un tel résultat pourrait constituer une grande amélioration si les bases de référence indiquent qu'une amélioration permanente de 15% constitue l'objectif à viser. Je ne veux pas dire que nous ne devrions pas essayer de changer les bases de référence; je veux simplement dire que nous ne saurons pas si la situation s'améliore ou non, si nous ne possédons pas d'étalons pour nous permettre de mesurer les résultats obtenus.

Le partage des expériences

Nous avons donc besoin de partager les résultats de notre travail avec des groupes de collègues. Il peut s'agir tout simplement de réunions de petits groupes de collègues qui ont des intérêts semblables, de la présentation de mémoires au cours de conférences ou de la publication d'articles dans des revues. Ni l'une ni l'autre de ces formes de communication n'est plus importante que les autres: elles le sont toutes. Nous avons besoin de partager davantage nos expériences de la pratique afin de pouvoir tirer parti de nos succès comme de nos échecs. Il y a autant à apprendre de nos échecs que de nos succès; il importe surtout de savoir déterminer ce qui constitue un échec et un succès et de s'entendre entre nous sur ce sujet. Cela n'est pas toujours facile à faire.

De la même manière, nous devons faire sentir davantage notre présence dans les publications de nos diverses professions. Il n'y a pas de doute que nous avons besoin de revues qui accordent une attention particulière à l'évolution des professions en milieu rural; là encore, nous les Canadiens, sommes en mesure d'apporter une contribution importante à ce domaine en créant une revue internationale consacrée à la santé mentale en milieu rural. Mais nous ne devons pas

nous contenter uniquement de publications spécialisées; nous devons nous manifester avec détermination en publiant dans des revues professionnelles consacrées à toutes les différents aspects de notre profession.

Avant de passer à un autre sujet, permettez-moi de vous rappeler que la place de la technique dans notre quête de connaissances nouvelles est aussi importante que celle qui lui revient dans la pratique quotidienne de notre profession. En tant que scientifiques, notre engagement consiste à utiliser tous les moyens permis par l'éthique. Le téléphone, le magnétophone à cassettes, le magnétoscope, la télévision interactive et le micro-ordinateur doivent tous faire partie de notre arsenal courant de connaissances et de techniques. Là encore, nous ne devons pas voir trop grand. Trop souvent, nous considérons ces ressources techniques comme des appareils énormes, complexes et coûteux. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Dans notre économie sauvage, esclave du pétrole, le domaine de l'électronique est un des seuls où les prix baissent régulièrement. Nous pouvons tous maintenant posséder et utiliser ces ressources qui, à une époque, étaient réservées aux grands centres de recherche, aux compagnies, aux ministères ou aux universités. Il est maintenant possible pour des professionnels qui pratiquent à Terre-Neuve, dans le nord de l'Ontario, dans les Territoires et ici même dans le centre de la Colombie-Britannique de se tenir au courant chaque semaine des résultats des traitements entrepris dans des cas semblables à ceux qu'ils traitent grâce à un téléphone lié à des ordinateurs.

Les universités

Ceux d'entre nous qui sont convaincus que la recherche des connaissances, de la compétence et des capacités d'évaluation est un processus qui ne finit jamais savent qu'ils devront rester des étudiants toute leur vie. La somme des connaissances augmente constamment dans tous les domaines; un bref coup d'oeil aux recensions de livres de n'importe laquelle de nos revues professionnelles suffit à nous décourager car tous ces ouvrages sont la preuve des progrès rapides qui se produisent dans tous nos domaines. Mais comment faire face à cette explosion des connaissances? C'est là un problème particulièrement difficile pour ceux d'entre nous qui pratiquent en milieu rural et qui bien souvent n'ont pas du tout accès à une université.

La responsabilité incombe ici à deux groupes. Les professionnels qui pratiquent en milieu rural doivent se doter d'une meilleure organisation et se faire entendre davantage s'ils veulent faire connaître leurs besoins au monde universitaire. Par contre, l'université doit devenir plus sensible aux besoins de la profession. Nous ne devons pas nous engager dans une querelle où chacun blâme l'autre. Des changements spectaculaires se produisent dans les universités, autant en ce qui

concerne les responsabilités de ces institutions en matière d'éducation dans les régions éloignées qu'en ce qui a trait aux techniques et aux méthodes pédagogiques requises pour faire ce genre d'enseignement. Nous commençons tout juste à apprendre à tirer le meilleur parti possible des nouvelles techniques dans l'enseignement professionnel auprès des personnes qui travaillent dans des régions éloignées et peu peuplées. À mon avis, les praticiens eux-mêmes devraient jouer un rôle important dans ce domaine. À l'heure actuelle, il s'agit beaucoup plus d'une question de technique et de ressources qu'une question d'engagement.

L'utilisation de nos propres ressources en matière d'éducation

Mais toutes les nouvelles connaissances ne doivent pas nécessairement venir de l'université. En tant que professionnels travaillant en milieu rural nous pouvons faire beaucoup de choses nous-mêmes. Il n'y a pas de doute que nous devons lire, ce que nous ne faisons pas suffisamment. Nous devons également profiter des cours par correspondance qui nous sont offerts, et tirer tout le parti possible de la vaste gamme de cassettes éducatives qui sont maintenant à notre disposition. Si vous n'avez pas encore fait l'essai de ces cassettes, je vous recommande de le faire. Ma voiture actuelle est équipée d'un magnétophone à cassettes et j'ai beaucoup de plaisir à en écouter quelques-unes lorsque je suis sur la route. Il existe maintenant tout un éventail de cassettes sur plusieurs aspects de la santé mentale. Un projet intéressant pour un groupe de collègues consisterait à produire et à échanger des cassettes sur des sujets qui les intéressent. Ces cassettes sont produites à peu de frais, elles sont facilement copiées, faciles à transporter et très durables. C'est là une bonne façon de partager avec des collègues lointains nos découvertes et nos progrès professionnels.

Conclusion

Mes remarques comportent un double message qui peut sembler contradictoire.

En tant que travailleurs de la santé mentale en milieu rural nous devons nous sentir à l'aise dans notre rôle de professionnels autonomes, mais nous devons également entretenir des liens étroits avec nos collègues qui font le même travail. Nous devons nous identifier étroitement à nos rôles professionnels, mais nous devons être également capables de traverser la frontière qui sépare les professions et de nous associer à de nombreux autres groupes au sein desquels notre personnalité professionnelle s'assimile, se fond ou disparaît même. Nous devons entretenir des liens étroits avec notre profession en général, mais nous devons également nous identifier aux exigences, à l'évolution

et aux besoins spéciaux du mode de pratique particulier qui est le nôtre. Nous devons respecter l'engagement que nous avons pris face à certains grands objectifs qui visent la société en général, mais nous ne devons pas oublier nos responsabilités face aux besoins de nos clients et des collectivités que nous servons et face à la nécessité de modifier la politique sociale. Nous devons nous tenir au courant des progrès réalisés dans les autres aspects de notre profession et dans les professions connexes, mais nous ne devons pas oublier que c'est notre responsabilité d'influer sur ces progrès en faisant part de nos opinions personnelles et de nos observations basées sur l'expérience. Voilà un ensemble impressionnant de rôles contradictoires! Notre survie, non seulement en tant que professionnels, mais aussi en tant qu'êtres humains, dépendra de notre capacité à fonctionner avec aisance dans cet ensemble de rôles complexes et souvent contradictoires.

Nous vivons à l'heure actuelle une période de contraintes économiques. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce sujet, sauf pour dire qu'il s'agit là d'un phénomène très répandu dans le monde occidental. Je ne conseille pas d'accepter passivement le statu quo. Mais j'ai peur que nous ne rendions le manque de ressources responsable de tous nos problèmes et que, par le fait même, nous nous dégagions de toute responsabilité. Dans un mémoire présenté à Ottawa il y a un an, j'ai déclaré que dans des périodes difficiles l'homme devient amer, indifférent, belliqueux -- ou meilleur. Je suis convaincu que la dernière possibilité, celle de devenir meilleur, constitue la meilleure option. Dans des périodes de grandes contraintes budgétaires, il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire pour améliorer la qualité, l'efficacité et le rendement de nos services de santé mentale. Pour ce faire, nous devons adopter une attitude d'humilité, de détermination et de curiosité dans notre recherche de la sagesse, car cette attitude est la marque du professionnel responsable au 20^{e} siècle.

À mon avis, la question à laquelle nous devons répondre n'est pas de savoir quels sont les problèmes de survie du travailleur de la santé mentale en milieu rural. Je crois plutôt que nous avons deux choix: disparaître ou nous améliorer. Je suis un optimiste. Je ne crois pas que notre profession ait connu une période où les occasions de contribuer à l'amélioration du fonctionnement psychosocial d'une société se soient manifestées en aussi grand nombre qu'aujourd'hui. Chacun d'entre nous abordera cette tâche à sa façon, ce qui est très bon. Conscients de nos limites, nous apprendrons à apprécier l'individualité des autres et les avantages que présente le partage des connaissances; ce qui est encore mieux. Ensemble nous mettrons nos connaissances à la disposition de la société, conformément à notre engagement; et cette dernière solution est vraiement la meilleure.

BIBLIOGRAPHIE

Fischer, Joel. "The Social Work Revolution." Social Work, mai 1981.

Godfrey, Dave et Parkhill, Douglas. Gutenberg 2. Toronto: Press Procépic, 1979.

Krill, Donald F. Existential Social Work. New York: The Free Press, 1978.

ÉDUCATION PERMANENTE - UNE PERSPECTIVE RURALE: OPTIONS ET RÉACTION DES BUREAUCRATES

Dorcas Wehner,
Département des services communautaires
et des corrections
Selkirk (Manitoba)

SOMMAIRE

Le gouvernement ne parraine généralement pas les programmes axés sur le développement personnel et le contrôle du stress. Toutefois, ce n'est souvent pas le cas de l'industrie qui, dans ce domaine, donne l'impression de se préoccuper davantage de la santé de ses travailleurs.

Dans la bureaucratie, il existe un paradoxe au sujet de l'éducation permanente, en ce sens que le taux de roulement et le sentiment d'usure (souvent imputables à un manque de formation permanente) sont invoqués pour justifier la gestion économique à court terme et le désintérêt vis-à-vis de l'éducation permanente. Les cadres supérieurs doivent prendre l'initiative d'établir des "profils de croissance" pour le personnel, et celui-ci doit reconnaître sa responsabilité en ce qui a trait à son propre développement professionnel. Les pages qui suivent renferment une description du Programme de formation interne du Manitoba et du Système de cours facultatifs de la Colombie-Britannique.

Introduction

Même si ce sujet trouve sa place dans la section sur la Survie professionnelle, il existe aussi des liens importants entre l'Éducation permanente et la Survie personnelle et des programmes. Bien que l'éducation permanente vise souvent à accroître les connaissances et les compétences professionnelles, le manque de possibilités d'apprentissage valables peut contribuer au stress et à l'usure de travailleurs surchargés de travail. Les programmes de santé mentale efficaces exigent des travailleurs compétents, qui ont leur travail à coeur. Même s'ils peuvent posséder ces caractéristiques au moment de leur embauchage, celles-ci peuvent décroître si elles ne sont pas entretenues avec soin par les superviseurs et les administrateurs des programmes.

Programme de formation interne du Manitoba

Le Programme manitobain de formation interne en santé mentale communautaire a été approuvé en 1977, et il existe toujours. Les

cours, qui sont indiqués dans le tableau 1, sont dispensés dans le cadre de modules séparés, d'une durée de un à cinq jours. Le tableau 2 présente les avantages qu'anticipent les planificateurs du programme.

Ces modules sont destinés essentiellement au personnel de la santé mentale communautaire, tant aux superviseurs qu'au personnel régional. Des places supplémentaires sont réservées périodiquement au personnel de la province provenant d'autres programmes de services axés sur la personne. Des spécialistes du système de la santé mentale au Manitoba, ainsi que des enseignants et des praticiens d'autres milieux, tant de la province et de l'extérieur, ont participé en tant que moniteurs.

La participation se fait sur une base volontaire, et est toujours élevée. Les documents dont il faut prendre connaissance au préalable sont lus par la majorité des participants. Étant donné que les superviseurs et le personnel sont exposés ensemble à des connaissances nouvelles et mises à jour, à de nouveaux concepts et à de nouvelles occasions d'appliquer leurs compétences, ceux qui éprouvent une certaine difficulté à s'aventurer hors des sentiers battus jouissent d'un appui empathique et de conseils avisés.

La plupart des personnes qui s'inscrivent aux cours viennent de toutes les régions de la province ou presque. Les échanges entre collègues permettent d'obtenir les résultats anticipés, comme un sentiment d'identité plus grand vis-à-vis du programme et l'échange d'idées (par exemple, moyens de faire face à l'isolement et à d'autres agents stressants).

TABLEAU 1: PROGRAMME DE FORMATION INTERNE EN SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE - MANITOBA

Liste des modules

- Le Système de santé mentale au Manitoba
- La santé mentale et la loi
- Participation et dynamique de la collectivité
- Tenue de livres
- Aperçu des syndromes cliniques communs
- L'entrevue initiale
- Détermination des méthodes et planification des traitements
- Psychopharmacologie
- Entrevue, consultation et communication
- Soins postérieurs à long terme dans la collectivité

- Techniques de gestion du comportement
- Psychogériatrie
- Intervention d'urgence
- Consultation en matière de santé mentale communautaire
- Éducation en santé mentale
- Pratique de la santé mentale: approche axée sur les systèmes familiaux
- Supervision clinique
- Dépression

Autres modules proposés:

- Symptômes et affections physiques et psychiatriques déroutants
- Modes de traitement de l'alcoolisme
- Aptitudes à la vie quotidienne

TABLEAU 2: PROGRAMME DE FORMATION INTERNE EN SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE - MANITOBA

AVANTAGES ANTICIPÉS DU PROGRAMME	AVANTAGES ANTICIPÉS POUR LES TRAVAILLEURS
1) Dispenser une formation régulière à tout le personnel de la santé mentale communautaire.	1) Poursuivre ses buts de développement professionnel permanent et d'accroissement des connaissances et des compétences.
2) Fournir des connaissances et développer des compétences essentielles à la prestation des services.	2) Donner l'occasion de changer de style et de valeurs par le stress positif du défi.
3) Fournir de nouvelles connaissances et compétences: - conformes à l'évolution des programmes - favorisant le développement du personnel.	3) Apprendre tout en se reposant des responsabilités et des pressions quotidiennes.
4) Donner l'occasion à des travailleurs géographiquement éloignés de se rencontrer et de: - s'identifier au programme	

- découvrir comment se comparent leurs propres compétences et méthodes à celles des autres
- partager des idées, des préoccupations et des frustrations
- partager des moyens de s'adapter aux tensions crées par le travail.

Éducation permanente en Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, le système de cours facultatifs dispensés par le Comité d'éducation permanente des Services de santé mentale tient plus de 180 ateliers pratiques à l'intention de plus de 4000 participants dans toute la province, à un coût moyen inférieur à 64$ par atelier.

La clé de l'immense succès de ce programme réside dans l'utilisation efficace de travailleurs de la santé mentale comme membres du corps enseignant. Chaque année, des démarches sont faites auprès des professionnels qui travaillent dans les quatre secteurs composant le système de santé mentale afin de recruter des enseignants. Ce processus de recrutement et la préparation du contenu de l'atelier sont entrepris simultanément, et la liste des ateliers ainsi organisés, qui sont tenus dans des centres à travers la province, est inscrite dans un "Répertoire de cours facultatifs", distribué dans chaque unité de prestation des services de la province. Le répertoire de 1980 comprenait un total de 37 enseignants dirigeant 41 ateliers; 75% de ces enseignants provenaient de grands centres urbains.

Il est généralement admis que l'un des graves problèmes qu'éprouvent aujourd'hui les services gouvernementaux est la disparition des praticiens les plus chevronnés dans les collectivités rurales, en raison du roulement imputable à l'isolement et au manque de stimulation professionnelle. Il est difficile d'attirer dans ces localités des professionnels de la santé mentale expérimentés, et en outre il est difficile de les retenir pendant une longue durée. Il y a peu d'occasions au sein de la plupart des grands systèmes bureaucratiques de lutter avec succès contre les effets de l'usure, de l'isolement et du manque de reconnaissance du personnel, qui, mis ensemble, rendent les collectivités rurales particulièrement vulnérables à la perte de leur personnel professionnel.

Le Système des cours facultatifs s'est attaqué carrément à cette difficulté, et les premiers résultats indiquent que le taux de roulement dans le domaine de la santé mentale représente maintenant un problème moins critique. En outre, les praticiens chevronnés de la santé mentale

peuvent être attirés vers les collectivités rurales grâce aux systèmes de soutien pédagogiques maintenant établis. En outre, 25% des enseignants du Programme interne de 1979-1980 provenaient de collectivités exclusivement rurales. Cette orientation rurale particulièrement pertinente permet à ces participants d'être davantage reconnus dans d'autres collectivités plus isolées.

Conclusion

Il reste un dernier point à souligner au sujet de l'éducation permanente: les programmes d'éducation permanente peuvent être une source de stress et de détresse, alors que les participants s'efforcent de trouver de meilleurs moyens de survivre au travail. Même quand un "étudiant" aborde avec enthousiasme un nouveau concept, il aura à subir certaines tensions avant de devenir parfaitement familier avec cette nouvelle compétence. Lorsqu'un nouveau concept est perçu comme menaçant, parce qu'il constitue peut-être un défi aux propres croyances de "l'étudiant", ou parce qu'il est considéré comme un défi au sein d'une organisation qui éprouve certaines tensions, "l'étudiant" aura une réaction de détresse, du moins au départ.

En résumé, il importe de faire remarquer que les programmes d'éducation permanente bien planifiés sont nécessaires pour appuyer le personnel de la santé mentale en milieu rural dans sa lutte contre l'usure et l'isolement professionnels. Des manifestations comme la Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural devraient être reconnues comme un excellent mécanisme de formation professionnelle et d'échange d'informations.

CELA AIDE-T-IL DE DEMEURER EN CONTACT AVEC LES MEMBRES DE SA PROFESSION?

Brenda Wattie, directrice de la Division de la santé mentale, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa

SOMMAIRE

Le présent document rend compte d'un atelier que l'auteur a dirigé à la Conférence de Kelowna, au mois de septembre 1981. Avant de répondre à la question posée par le titre, les participants ont examiné les rôles, activités et compétences réels de divers travailleurs. Cela s'est fait en délimitant les activités inhérentes à la profession, ainsi que les activités communes à toutes les disciplines, et en considérant la participation effective de différents groupes professionnels au traitement de schizophrènes dans quatre provinces, au sujet desquels on a pu obtenir des données. Les discussions des membres ont abouti à divers commentaires et recommandations, reconnaissant en général la valeur de plusieurs disciplines professionnelles distinctes dans le domaine de la santé mentale.

Atelier

Avant de passer à la question posée, il est nécessaire d'examiner de près "votre profession". Qu'entend-on par cela? Il peut s'agir de votre formation officielle, de votre ou de vos rôles réels dans les services de santé mentale, ou de votre "unité de négociation" pour ce qui est des questions relatives au salaire et aux conditions de travail. L'atelier dont il est question dans le présent document a été axé sur les questions liées aux rôles.

Il existe des activités inhérentes à la profession, et des activités communes à tous les professionnels. Certaines d'entre elles ont été délimitées brièvement. Il semble par exemple que les travailleurs sociaux ont moins de tâches inhérentes à leur discipline que d'autres groupes. Que savons-nous des rôles et des activités réels dans la pratique?

Les données découlant d'une étude sur le traitement des schizophrènes dans quatre provinces ont été présentées. La distribution des activités et des rôles professionnels est surprenante à certains égards. Ce sont toujours les médecins qui jouent le rôle principal à tous les niveaux des traitements, et chez les non-médecins, ce sont les infirmières qui prédominent. La distribution des activités

inhérentes à la discipline ne suit pas la tendance prévue pour les psychologues et les travailleurs sociaux; toutefois, il ne faut pas perdre de vue que les patients étudiés représentent un groupe spécial pour lequel la médication est un aspect essentiel du traitement.

Discussion et recommandations

1) Certains participants ont considéré que la rétroaction et le renforcement positifs d'une personne à une autre, et plus particulièrement au chapitre des questions inhérentes à la profession, revêtent une plus grande valeur lorsqu'ils émanent de la profession. Une minorité de participants ont maintenu qu'ils pouvaient obtenir ce genre d'appui de tout autre professionnel.

2) Pour ce qui est de la formation, des questions de salaire et d'autres aspects connexes de l'identité professionnelle, les travailleurs devraient demeurer en rapport avec leur propre groupe professionnel et se tenir au courant des normes qui le concernent.

3) Les contacts avec la profession représentent une source précieuse d'éducation permanente, mais il ne faudrait pas négliger d'autres possibilités.

4) Même si les données présentées indiquent que l'infirmière constitue souvent le professionnel qui peut accomplir la plupart des tâches et agir comme "généraliste", il faudrait éviter de pourvoir aux emplois en se fondant sur un seul type de professionnel (travailleur de la santé mentale "à tout faire").

Le groupe a mis l'accent sur la grande importance de l'apport des perspectives et des compétences de différentes disciplines. La diversité et la complexité des problèmes des clients doivent être compensées par la richesse et la diversité que peuvent apporter plusieurs disciplines professionnelles. Certaines personnes se considèrent maintenant essentiellement comme des "travailleurs de la santé mentale", plutôt que comme des membres d'un groupe professionnel traditionnel; mais il s'agit manifestement d'une minorité.

En dépit du flou considérable qui entoure les rôles dans la pratique actuelle, il appert que chaque discipline particulière apporte une force, des capacités, des perspectives et une compétence professionnelle définies aux soins dispensés dans le cadre de la santé mentale communautaire. Tous ces éléments sont nécessaires pour relever le défi des problèmes aigus et stressants qu'éprouve le patient ou le client troublé et en détresse. Cela s'applique particulièrement aux praticiens des régions rurales qui sont privés de l'appui d'un grand nombre de collègues dont ils bénéficieraient dans un centre urbain.

ÉTABLISSEMENT D'UN RÉSEAU SOCIAL: SYSTÈME DE SUPPORT NATUREL POUR LES PERSONNES ISOLÉES SUR LE PLAN SOCIAL ET GÉOGRAPHIQUE

Ellen Eichler, M.S.W., directrice du travail social
B.C. Youth Development Centre - "The Maples"
auparavant à l'emploi du Centre de santé mentale,
Courtenay (Colombie-Britannique)

SOMMAIRE

Un grand nombre de faits démontrent que les systèmes d'aide sans caractère officiel sont acceptés plus facilement dans les milieux ruraux que les organismes gouvernementaux ou privés officiels, administrés par des professionnels.

Le réseau social qui existe à Port Hardy et dans la Comox Valley, en Colombie-Britannique, correspond au "réseau social" décrit dans la documentation professionnelle.

L'accent est mis sur le rôle du travailleur professionnel de la santé mentale dans l'établissement d'un réseau de rapports de soutien informels dans les régions rurales qui souffrent d'une pénurie de services.

Atelier

Les travailleurs de la santé mentale sont submergés par les besoins et la demande de services dans les régions rurales. Fournir un service direct dans une localité où on se rend une fois par mois est à peine suffisant. Ce sentiment d'inefficacité impose un lourd fardeau au travailleur; la prestation des services à partir d'un bureau satellite unique ou d'un centre de consultation itinérant unique coupe les travailleurs de leur propre "base" d'assistance. Les clients pour leur part sont mécontents de devoir "attendre l'aide dont ils ont besoin" du professionnel de la santé mentale qui vient en visite une fois par mois - une réaction qui rappelle souvent la dynamique "mari et femme à la maison" des clients ruraux, qui est peut-être à la base du besoin de services de santé mentale. Si nous, en tant que professionnels dispensant une aide, attachons de l'importance à la connexité et au soutien des personnes qui s'intéressent les unes aux autres sur le plan personnel, et que nous encouragions ces qualités, il nous faut établir des systèmes d'assistance qui manifestent ces valeurs sur le plan communautaire. Une fois que le travailleur quitte la région rurale, les clients ne peuvent plus recourir qu'à la collectivité et parfois, s'ils sont chanceux, à leur propre famille. Même le travailleur social qui oeuvre dans un centre rural de santé mentale peut être considéré avec

scepticisme par la population locale (Hanton, 1980). Un nombre considérable de faits indiquent que les systèmes d'assistance sans caractère officiel sont acceptés plus facilement en milieu rural que les organismes gouvernementaux ou privés officiels, dirigés par des professionnels. (Burke et Weir, 1981; Caplan, 1973; Coward, 1978.)

En se basant sur ces connaissances et la croyance qu'un système de prestation sans caractère officiel de services de santé mentale répondrait d'une manière plus efficace aux besoins des travailleurs et des clients, un réseau social de services de soutien affectif à l'intention des femmes a été établi en 1976, à Port Hardy, dans le nord de l'île de Vancouver, en Colombie-Britannique.

Le réseau social est un genre particulier de système d'assistance informel. On a découvert en évaluant les besoins du nord de l'île de Vancouver en matière de santé mentale que l'aliénation et l'isolement personnels et interpersonnels vécus par les femmes étaient un phénomène prédominant. Tout en évaluant les moyens existant dans la région pour s'occuper de ce phénomène, on a découvert un réseau d'assistance naturel constitué de quatre personnes ayant précédemment occupé le poste d'infirmière d'hygiène publique ou d'enseignante. Ce réseau existait depuis 10 ans. Comme le dit Sarason, "les réseaux existent; ils ne sont pas créés". (Sarason, 1977)

Le mot réseau sous-entend un lien entre des personnes, habituellement plus de deux, dont le développement est implicitement fondé sur la communication. L'expression réseau social signifie ici de l'interdépendance d'une personne avec une autre dans le but d'améliorer le potentiel humain de chacune, grâce à un échange de compétences et de ressources axées sur l'individu. Il est devenu assez clair pourquoi il fallait promouvoir le réseau social comme moyen d'aider les femmes du nord de l'île. Les quatre femmes du groupe de base étaient acceptées par la région, elles attendaient qu'on les encourage à accroître leur potentiel d'assistance et elles étaient prêtes à travailler en collaboration avec le professionnel de la santé mentale qui se rendait dans la région une fois toutes les quatre à six semaines.

Plusieurs autres femmes et deux hommes se sont vite ralliés à ce groupe de base et ont suivi un cours sur la consultation des pairs et l'animation du processus de groupe. Ce réseau social a été caractérisé par la collaboration des professionnels et des personnes bénévoles. Cela a permis aux animateurs bénévoles et aux clients de travailler ensemble dans un "réseau coopératif" mettant l'accent sur l'aide mutuelle. Ce réseau coopératif se concentre sur le problème, les "animateurs" et le client unissant leurs efforts pour trouver la solution, comme l'indique le Schéma 1.

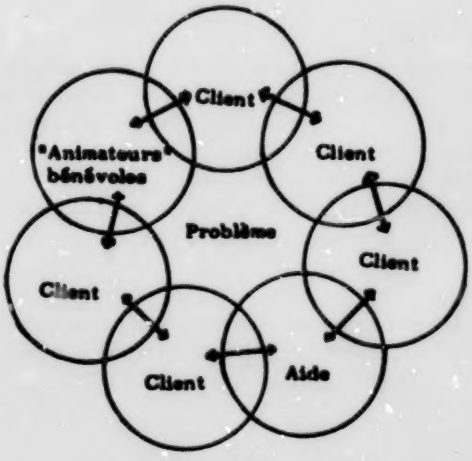


Schéma 1: Réseau coopératif

Le contraire de ce réseau est le modèle d'assistance traditionnel, le réseau centré sur le client où ce dernier est l'objet de tous les pouvoirs curatifs (Sarason, 1977), comme l'indique le Schéma 2.

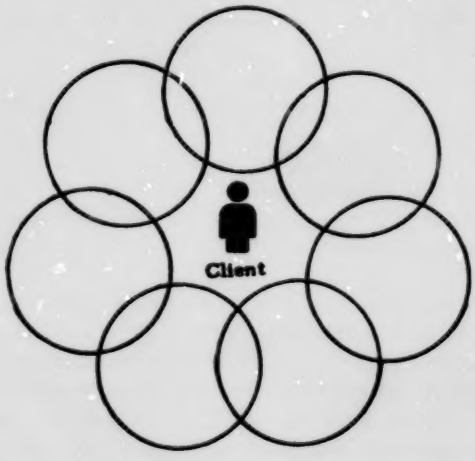


Schéma 2: Réseau centré sur le client

Dans le réseau coopératif, l'assistance réciproque est inhérente à la structure. Cela fournit à l'animateur" (professionnel ou bénévole) les rapports et l'appui nécessaires pour recharger ses batteries et favoriser de nouveaux liens.

La plupart des femmes du nord de l'île considèrent qu'elles sont seules avec leur "problème" (c'est-à-dire, dépression, anxiété, agoraphobie, maladies psychosomatiques, apathie). Un réseau centré

sur le client peut renforcer ce sentiment de "solitude"; par contraste, le réseau social que l'on a découvert dans ce milieu rural particulier permettait aux femmes de se contacter l'une l'autre, améliorait ou utilisait leurs compétences, et reconnaissait que chacune avait quelque chose à apporter à l'autre et à l'ensemble du groupe. Ces processus au sein des groupes de soutien affectif composant le réseau social sont devenus le "traitement", les membres jouant eux-mêmes le rôle "d'aide".

Les participants du groupe de formation original sont rapidement retournés à leur petite collectivité ou petit projet spécial, et ont établi des groupes de soutien affectif dans leur secteur. Ces groupes ont compris:

1) trois groupes de soutien affectif à l'intention des femmes, parrainés par le collège communautaire et composés de femmes qui avaient entendu parler du groupe et de femmes qui avaient été adressées par un clinicien;

2) un groupe de soutien à l'intention des conjoints d'alcoolique ou de toxicomane;

3) un groupe religieux s'occupant des préoccupations des adolescents au sein de la collectivité;

4) un groupe de soutien à l'intention des parents d'enfants d'âge préscolaire.

Les rapports entre les participants du groupe de soutien sont analogues aux rapports entre les systèmes au niveau macrocosmique de l'établissement de réseaux sociaux.

En se servant du réseau du nord de l'île de Vancouver comme modèle, un autre projet a été entrepris en 1977 dans la Comox Valley, au centre de l'île de Vancouver. Un cours "d'Expression pour femmes", groupe de soutien affectif à l'intention des femmes socialement isolées, a été donné à six reprises entre l'année 1977 et le milieu de l'année 1979. Douze "animatrices", toutes d'anciennes participantes du cours, ont été formées entre temps. Cette formation était fondée sur la consultation des pairs, la co-consultation et la dynamique de groupe, les "animatrices" supervisant le groupe deux fois par semaine.

Avec l'aide d'un "animateur", le professionnel de la santé mentale a entrepris de consulter les groupes de soutien communautaires existants qui voulaient en savoir ou en apprendre davantage sur ce processus d'établissement de réseaux. Parmi ceux qui ont demandé des conseils se trouvaient les responsables d'un groupe de Mères et nourrissons, d'un groupe de Parents en situation de crise, d'un cours prénatal, d'un groupe de parents célibataires, d'un groupe d'aide aux

familles de personne décédée et d'un comité d'enseignants et de parents s'intéressant au problème de la délinquance. Ainsi, à mesure que se développait le réseau de service direct, il en était de même du réseau de formation.

À l'automne de 1978, on a établi un projet intitulé "Perspectives for Women" (Perspectives pour les femmes), conçu pour créer et tenir des ateliers d'information et de développement des compétences sur les questions relatives aux femmes. Au printemps de 1979, l'île de Vancouver a été choisie comme l'une des dix régions cibles pour mettre à l'épreuve ce que l'on appelle maintenant le Women's Services Training Programme (Programme de formation en matière de services destinés aux femmes). Les objectifs de ce programme étaient les suivants:

a) affermir les services existants destinés aux femmes;

b) établir un réseau de ressources destinées aux femmes dans tout le Canada;

c) démontrer le besoin légitime de services féminins.

Ce programme, par nécessité, a été axé sur l'action directe et l'éducation publique, tenant souvent des ateliers parrainés en collaboration par le Indian Friendship Centre (Centre d'amitié pour Indiens), le ministère de Ressources humaines, la John Howard Society, ou les Services de santé mentale.

Pendant toute la durée de ce programme d'ateliers, un grand nombre de femmes ont déclaré qu'elles vivaient une situation de crise (violence de la part du conjoint, sévices exercés sur les enfants, tendances au suicide ou dépression). Si le groupe de femmes en crise est celui qui est le plus visible, il existe un groupe plus important et moins visible subissant des tensions et isolé sur le plan social ou géographique qui présente également des risques. Ces deux groupes ont besoin de renseignements sur les solutions de rechange constructives, d'un soutien affectif permanent et d'un type quelconque de programme qui soit axé sur les besoins intégraux des femmes isolées.

Le réseau préliminaire mis de l'avant par le Programme de formation en matière de services féminins et le professionnel de la santé mentale, qui ont fourni à la fois des services directs (sous la forme de groupes d'auto-assistance) et des programmes de formation, est devenu la base d'un projet plus étendu, intitulé "Réseau d'auto-assistance et de promotion des femmes" (Women's Self-Help and Advocacy Network). Ce projet a reçu des fonds des gouvernements fédéral et provincial pendant une durée de trois ans pour créer d'autres mesures d'auto-assistance qui visaient à répondre aux besoins des femmes vivant en milieu rural. En fournissant des compétences et des ressources qui permettent d'aider les femmes à s'aider elles-mêmes ainsi que d'autres, le projet favorise la

création de possibilités communautaires, de programmes de prévention et de stratégies visant à répondre aux besoins pressants. La proposition relative au Réseau d'auto-assistance et de promotion des femmes présente en détail l'organisation, les objectifs, le personnel, les fonds, l'évaluation des programmes et les mesures de suivi ayant rapport avec ce projet (Proposal, Women's Self-Help and Advocacy Network, 1979). C'est une autre manière par laquelle quelques liens initiaux se sont accrus en nombre, en force et en portée par le partage de ressources, d'efforts et d'idées, créant ainsi un réseau aux éléments entrelacés influant sur la vie d'un grand nombre de personnes.

Les services sociaux, les services de santé mentale et d'autres organismes connexes sont soit trop étendus soit inexistants dans les collectivités isolées. Il est nécessaire de créer des ressources de rechange qui dépendent davantage du concept des groupes d'auto-assistance et d'assistance des pairs que d'une intervention professionnelle individualisée. Cependant, les professionnels peuvent contribuer à créer des réseaux de systèmes d'aide naturels sans caractère officiel; eux-mêmes tireront parti de ce processus. Le projet du Réseau d'auto-assistance et de promotion des femmes sert de prototype à l'élaboration de réseaux sociaux servant les femmes isolées sur le plan social et géographique.

BIBLIOGRAPHIE

Burke, Ronald et Weir, Tamara. "L'importance des réseaux d'aide non professionnelle dans notre société. Santé mentale au Canada, mars 1981.

Caplan, Gerald. Support Systems and Community Mental Health, New York: Behavioral Publications, 1973.

Collins, Alice H. et Pancost, Diane R. Natural Helping Networks: A Strategy for Prevention, D.C. National Association of Social Workers, 1976.

Craven, P. et Wellman, B. "The Network City." Sociological Inquiry, 1973, vol. 73.

Hanson, Charon. "Rural Helping Systems and Family Typology." Child Welfare. vol. LIX, no 7, juillet/août 1980.

Sarason, S., Carrol, Maton, Cohen et Lorentz. Human Services and Resource Networks. Jossey-Bass, San Francisco, 1977.

Self-Help Reporter, vol. 4, No 5, nov.-déc., 1980. Disponible à l'adresse suivante: National Self-Help Clearinghouse, 33 West 42nd St., Room 1227, New York, N.Y. 10026.

Women's Self-Help and Advocacy Network, proposal, 1979. Disponible à l'adresse suivante: 145 Mansfield Drive, Courtenay, B.C. V9N 2M1.

QUESTIONS DE DEVOIRS: DE QUI SOMMES-NOUS LES AGENTS DE CHANGEMENT?

Jack L. Kyle
directeur, Centre de santé mentale
Courtenay (Colombie-Britannique)

SOMMAIRE

Le dilemme fondamental auquel font face un grand nombre de travailleurs de la santé mentale sur le plan des devoirs peut se résumer comme suit: si le centre de santé mentale communautaire s'occupe de problèmes socialement importants sur le plan communautaire, et si les techniques de validation sociale représentent un moyen d'évaluer l'acceptabilité sociale des programmes de service social, et si ce processus indique que la population en général n'approuve pas les politiques des planificateurs de la santé mentale, quel est donc le rôle nécessaire et approprié du travailleur local de la santé mentale communautaire?

Les pages qui suivent présentent une revue de la documentation dans ce domaine et donnent des exemples précis sur la situation en Colombie-Britannique, afin d'éclaircir ce conflit auquel se heurtent un grand nombre de travailleurs de la santé mentale en milieu rural.

Introduction

En tant que travailleurs de la santé mentale communautaire en milieu, rural, nous agissons souvent comme porte-parole de notre collectivité locale. Tout aussi souvent, nous représentons les organismes qui nous financent. La question que je pose consiste à savoir si toutes les personnes concernées comprennent clairement ce double rôle et les conflits de devoirs qui peuvent en résulter. La plupart d'entre nous avons vécu des expériences où les besoins et les attentes de notre collectivité et de la plupart de nos organisations-mères n'étaient pas en harmonie. Lorsque une telle situation se produit, les travailleurs ruraux de la santé mentale se trouvent confrontés à un dilemme classique. Ils doivent déterminer, toujours suivant l'éthique, les responsabilités et les devoirs inhérents à leur profession, si c'est la collectivité locale ou l'organisation-mère qu'ils doivent servir.

Lorsque ce genre de dilemme survient, il peut résulter que l'un ou l'autre de nos éléments constitutifs se sente mal représenté. Cela peut avoir toutes sortes de conséquences négatives; cependant, le travailleur de la santé mentale communautaire en milieu rural ne dispose d'aucune ligne de conduite professionnelle pragmatique qui lui indique la

voie à suivre dans ce genre de situation. Si l'on ne crée et n'applique pas une stratégie quelconque, nous nous trouverons toujours dans des situations où notre propre rôle en tant qu'agents de changement communautaire sera embrouillé par la confusion, les malentendus et le mécontentement.

Revue de la documentation

Une première étape nécessaire consiste à consulter la documentation pour tâcher de découvrir s'il existe des solutions satisfaisantes à la question des conflits posés par les devoirs. La présente revue s'attarde principalement à la littérature concernant la psychologie communautaire; toutefois, il est fort vraisemblable que les points de vue abordés seront aussi représentatifs d'autres disciplines de la santé mentale communautaire.

Rôles appropriés

Au début des années 70, les rôles que doit jouer le travailleur de la santé mentale oeuvrant dans la collectivité on fait l'objet de nombreuses discussions. Selon Klein (1971), un rôle fondamental consiste à aider à façonner la collectivité de manière qu'elle réponde aux besoins de chacun; cela suppose l'abandon de "l'idéologie des troubles mentaux" en faveur de la promotion de la santé mentale. De la même manière, Glidewell (1971) a appuyé le concept des interventions centrées sur la collectivité, tandis que Kelly (1971) a noté que le travailleur de la santé mentale communautaire a besoin à la fois d'être capable et d'évaluer la collectivité, et d'enseigner des compétences professionnelles à la "collectivité hôte, renvoyant ainsi les compétences au niveau local".

Dans un document marquant, Meyers et autres (1974) ont centré leurs travaux relatifs aux rôles appropriés sur la reconnaissance du fait que le comportement d'un individu peut subir l'influence de toute une variété de facteurs environnementaux interdépendants. En conséquence, ces auteurs recommandent une "approche préventive sur le plan du comportement" de la santé mentale communautaire, en vertu de laquelle le but premier du travailleur de la santé mentale est d'aider à créer et à maintenir une "collectivité maîtresse d'elle-même", responsableenvers ses membres. Ce genre d'environnement enrichissant ne peut être obtenu par l'imposition de programmes organisationnels émanant de l'extérieur. Il incomberait plutôt au travailleur de la santé mentale communautaire en milieu rural de transmettre les compétences de telle sorte que la collectivité et ses membres seront en mesure d'assumer davantage la responsabilité de l'épanouissement individuel et communautaire. Le document de Meyers laisse entendre clairement que le travailleur rural est un agent de changement pour la collectivité. Par conséquent, l'intention et l'objectif de toute intervention devraient être axés sur des besoins communautaires locaux, basés dans la collectivité, déterminés au sein de la collectivité et, enfin, maintenus par la collectivité.

De la même façon, Jason (1977) a suggéré que le travailleur de la santé mentale communautaire a besoin de comprendre les effets du milieu sur les personnes, et que les manipulations du milieu devraient être incluses dans toute intervention centrée sur la collectivité. Un tel modèle mettrait l'accent sur la prévention, et impliquerait une réorientation des objectifs, soit accorder moins d'importance à la maladie mentale qu'au renforcement de la santé mentale. On mettrait davantage l'accent sur les interventions du milieu que sur les interventions individuelles; cela nécessiterait une gamme plus vaste de services. Ici encore, on laisse entendre que c'est vis-à-vis de la collectivité qu'il faut assumer ses devoirs professionnels. Jason remarque toutefois qu'il ne faut pas permettre que ces devoirs soient mal utilisés par des groupes d'intérêts spéciaux, qui ne visent peut-être pas la création de collectivités maîtresses d'elles-mêmes. Par ailleurs, étant donné que les décisions politiques déterminent souvent les mesures à prendre sur le plan communautaire, il est essentiel que les travailleurs de la santé mentale communautaire en milieu rural apprennent à utiliser ce système particulier, et que ce ne soit pas l'inverse qui se produise. Malheureusement, pour déterminer les antécédents d'une décision politique et, ensuite, agir en conséquence, il faut des compétences que la plupart d'entre nous n'avons pas encore acquises.

Détermination et satisfaction des besoins

L'une des caractéristiques les plus intéressantes de la santé mentale communautaire en milieu rural est la latitude dont nous disposons pour déterminer et satisfaire les besoins communautaires. Je suis certain que nous avons tous pris part à des projets assez créatifs qui étaient à la fois nécessaires et appropriés à notre collectivité particulière. Je suis sûr aussi que la majorité d'entre nous n'avons reçu aucune formation théorique officielle reconnaissant que cela ferait partie intégrante de nos activités professionnelles. Même si cet aspect créatif des activités de la santé mentale communautaire en milieu rural est attrayant, nous devons aussi reconnaître qu'il peut exister de graves limites, en termes de fiabilité ou de transférabilité de nos activités. Par exemple, il y a généralement peu de cohésion, de coordination ou d'intégration entre des travailleurs de la santé mentale isolés, pour ce qui est de partager ou de répéter leurs programmes efficaces. Cet état de choses a été reconnu dans la documentation, et Fawcett et autres (1980) ont suggéré qu'il deviendra nécessaire que l'on établisse "des méthodes pouvant être reproduites pour la solution des problèmes communautaires", dans le cadre de nos efforts visant à aider les collectivités à devenir davantage responsables d'elles-mêmes. Selon ces auteurs, si le travailleur de la santé mentale communautaire en milieu rural doit agir comme agent de changement, il sera nécessaire de créer des méthodes transférables en plus de permettre aux collectivités de réduire leur dépendance à l'égard des agents de changement extérieurs.

Acker (1980) a proposé un modèle plutôt intrigant, selon lequel les travailleurs de la santé mentale communautaire peuvent aider la collectivité à diminuer sa dépendance à l'égard des agents de changement extérieurs. Ce modèle est fondé sur la prémisse que les problèmes qu'éprouve la collectivité sur le plan du comportement ont une action réciproque et que chaque personne en cause dans toute chaîne de comportements particulière considérée comme un problème communautaire contribue activement ou bien à maintenir ce problème ou bien à prendre les mesures de circonstances qui pourraient renforcer des types de comportements plus adaptatifs. Si c'est le cas, tous les participants n'auraient donc pas de lien hiérarchique comme c'est habituellement le cas dans les consultations communautaires. Tous agiraient plutôt comme cochercheurs, s'occupant ensemble "d'analyser d'une manière fonctionnelle les problèmes" qui les unissent. Selon ce modèle, le travailleur de la santé mentale communautaire fait véritablement partie intégrante de la collectivité, et il ne devrait y avoir aucun problème de conflit de devoirs, à moins, bien sûr, que ces "cochercheurs" ne se lancent dans des activités qui ne cadrent pas avec les programmes et les priorités de l'organisation qui finance le travailleur de la santé mentale. Dans un tel cas, cette organisation peut percevoir un conflit de devoirs même si la collectivité et le travailleur de la santé mentale communautaire n'en ont pas conscience.

Récemment, notre Centre a participé à un projet de recherche communautaire qui suivait de près le modèle d'Acker. Cette expérience s'est avérée très stimulante pour tous les participants, et a donné un rôle fonctionnel aux participants locaux. Malheureusement, les résultats de notre recherche ont indiqué des priorités et des secteurs de changement qui ne correspondent absolument pas aux lignes de conduite provinciales dans le domaine de la santé mentale, et je me suis de nouveau senti tiraillé en analysant la situation de mes responsabilités et de mes devoirs professionnels. Nous reviendrons plus tard à cet exemple.

"Marginalité" ou engagement

Les ouvrages que nous avons mentionnés indiquent fortement que le travailleur de la santé mentale communautaire devrait agir comme agent de changement dans la collectivité - avec la collectivité - et pour la collectivité. Il existe cependant certains documents qui n'appuient pas cette position. Silverman (1978), par exemple, considère que le mandat de la psychologie communautaire consiste à promouvoir "le bien-être psychologique de personnes au sein du système", dans le but de créer un "sentiment de collectivité" ainsi que de "maximiser les possibilités de partage social et d'épanouissement personnel". Ces énoncés sont parfaitement conformes aux philosophies mentionnées précédemment. Toutefois, Silverman ajoute qu'en tant qu'agents de changement, notre rôle comporte plusieurs caractéristiques qui peuvent servir à nous isoler de la collectivité. Par exemple, la "marginalité" se définie par la distance à laquelle un agent de changement devrait se tenir de la collectivité hôte, étant donné que celle-ci "ne l'acceptera

jamais comme un naturel". En outre, le travailleur de la santé mentale communautaire "agira comme un étranger sans liens personnels mais libre de coutumes et d'allégeances locales". Je doute qu'un grand nombre de travailleurs de la santé mentale communautaire en milieu rural considèrent que ces énoncés sont valables ou appropriés. Il s'agit peut-être d'une position réaliste pour les théoriciens, mais pour les praticiens, le sentiment d'identité et d'allégeance à l'égard des coutumes et des priorités locales constitue souvent une caractéristique déterminante du travail de la santé mentale communautaire en milieu rural. Par ailleurs, spécialement dans les petites collectivités, le travailleur rural de la santé mentale communautaire est souvent accepté comme un "naturel". Bien qu'il soit certainement nécessaire de se tenir à une certaine distance psychologique des réseaux sociaux locaux afin de conserver une certaine perspective, cela peut se faire en agissant d'une manière professionnelle, sans devoir adopter une attitude marginale. Comme il a été mentionné précédemment, les concepts de la "collectivité maîtresse d'elle-même" ou de la "collectivité de cochercheurs" font jouer au travailleur de la santé mentale communautaire un rôle partagé plutôt que le rôle) véritable d'agent de changement. Dans ce contexte, la distance affective entre le travailleur de la santé mentale et la collectivité ne présente plus une grande importance. Par contre, une récente étude menée par Atkinson (1978), qui a examiné les diverses influences que peuvent exercer des groupes communautaires sur un travailleur de la santé mentale communautaire, indique que le travailleur local de la santé mentale est exposé (et peut-être sensible) à des groupes de pression qui ne reflètent peut-être pas les besoins réels de la collectivité. Dans le même ordre d'idées, je crois qu'il nous faut aussi examiner la possibilité qu'en plus du groupe de pression local, l'organisation-mère impose des exigences particulières au travailleur local de la santé mentale communautaire. Lorsque cela se produit, le travailleur local a de nouveau à décider "quelle roue grinçante il doit graisser". Nous semblons avoir un pied dans chaque camp; je crois que cela peut nous créer des difficultés et que cela nous en créera. De toute évidence, la résolution de ces problèmes dépasse le cadre de ce document, et le but visé est simplement d'alimenter la discussion.

Validation sociale

Le fait est que nous fonctionnons effectivement au sein de notre collectivité et travaillons à en faire un endroit plus agréable où vivre. Comment identifions-nous et évaluons-nous donc les besoins de la collectivité afin de l'aider à créer ses propres stratégies en vue des interventions nécessaires? Pouvons-nous éclaircir les conflits de devoirs qui peuvent survenir?

Wolfe (1978) a étudié de près le concept de "validation sociale" en tant qu'élément intégrant du rôle du travailleur de la santé mentale communautaire lorsqu'il intervient au niveau collectif, organisationnel ou

communautaire. Selon Wolfe, la validation sociale repose sur trois dimensions: 1) l'importance sociale des objectifs (s'agit-il de ce que la société demande?); 2) le caractère approprié des objectifs sur le plan social (les participants considèrent-ils que la marche à suivre est appropriée, compte tenu du problème et du milieu?); 3) l'importance sociale des effets de l'intervention (les consommateurs sont-ils satisfaits du programme?). Ces dimensions comprennent, bien sûr, des données subjectives; toutefois, Wolfe prétend que nous devrions être en mesure de systématiser les techniques de validation sociale pour améliorer notre efficacité en tant que travailleurs de la santé mentale communautaire.

Santé mentale ou direction sociale?

Jusqu'ici le tableau que nous avons brossé du travailleur de la santé mentale communautaire est le suivant: il s'agit d'une personne qui travaille dans le meilleur intérêt de la collectivité locale et des personnes qui la composent. Je suis certain qu'en tant que travailleurs ruraux de la santé mentale communautaire nous nous considérons comme bons pour la collectivité, et agissons dans son intérêt. Toutefois, la réalité n'est peut-être pas aussi simple. Szasz (1972), par exemple, nous prévient depuis des années de la possibilité que le mouvement de la santé mentale agisse en termes de correction de la déviance sociale plutôt qu'en termes de la santé mentale de l'individu ou de la collectivité. Szasz et d'autres prétendent que cela place le travailleur de la santé mentale communautaire dans le camp de ceux qui dirigent la société, plutôt que dans celui de la collectivité hôte. Ces critiques soutiennent que les professionnels de la santé mentale ont tendance à constituer une force socialement conservatrice, en ce sens que la déviance est typiquement définie en termes des valeurs de la majorité. Cela a pour conséquence que l'on agit généralement sur les déviants de manière à ce qu'ils s'adaptent au milieu social existant, sans déployer beaucoup d'efforts pour déterminer si ce milieu fournit un système de soutien approprié. Szasz a été considéré par un grand nombre de personnes comme la mouche du coche, mais je considère qu'il a rendu un service très nécessaire en nous rappelant d'être conscients de nos systèmes d'éthique professionnelle (et de les examiner soigneusement) et de la manière dont ils correspondent aux besoins de notre collectivité et de nos clients. À ceux d'entre vous qui considèrent que notre système d'éthique n'a pas subi d'altération, je suggère de lire périodiquement les articles suivants dans l'ordre indiqué: "The Myth of Mental Illness" (Szasz, 1960); "Mental Illness Is not A Myth" (Ausebel, 1961); et "On Being Sane in Insane Places" (Rosenhan, 1973).

Qui est le client?

Un élément essentiel de la détermination des devoirs professionnels comprend l'identification appropriée du client. Stolz (1978) indique que lorsqu'un travailleur de la santé mentale est employé

par un organisme officiel, le client sera cet organisme particulier, tandis que les objectifs seront les personnes à traiter. Stolz soutient aussi que les travailleurs de la santé mentale employés par des organismes subissent des pressions particulières pour que les grands objectifs d'intervention soient énoncés en termes de valeurs sociales acceptées et ensuite, pour que l'on adapte nos objectifs immédiats à ce milieu existant. De la même façon, Holland (1978) note aussi que le client du travailleur de la santé mentale est la personne ou l'organisation qui paie les factures. Selon Holland, les travailleurs de la santé mentale employés par un organisme ne peuvent faire autrement que de considérer celui-ci comme le client, et ce, quelle que soit la mesure dans laquelle la personne ou la collectivité visée puisse prendre part aux décisions concernant l'objectif et les moyens d'intervention. Voilà des sujets de réflexion intéressants, car je soupçonne que la plupart d'entre nous ne voyons pas sous cet angle les organismes qui nous emploient. Si c'est le cas, les conflits de devoirs deviennent plus compréhensibles, et il est facile de voir que ces conflits peuvent survenir assez régulièrement dans la pratique au sein de la collectivité.

Responsabilité sociale

Bien peu d'entre nous ne conviendraient pas que la responsabilité sociale est un élément essentiel des fonctions de la santé mentale communautaire. Newbrough (1980) a traduit comme suit la responsabilité sociale du travailleur de la santé mentale communautaire:

a) maintenir sa compétence technique;
b) fournir des services communautaires sans compensation;
c) adapter les services aux besoins sociaux culturels spéciaux;
d) appliquer ses compétences professionnelles spécialisées à des problèmes sociaux ou communautaires pressants;
e) participer à des mesures sociales ou de promotion internes pour le compte du client;
f) refuser de collaborer avec des établissements ou particuliers qui accomplissent des actes contraires à l'éthique;
g) exposer les pratiques injustes ou inhumaines.

Il s'agit de lignes de conduite utiles. Toutefois, je ne crois pas que nous puissions supposer naïvement que ces lignes de conduite conviendront toujours à "l'objectif immédiat", au travailleur de la santé mentale communautaire et à l'organisme de financement. Que sommes-nous censés faire, par exemple, si nos organisations-mères ne s'attendent pas à ce que "l'adaptation des services aux besoins sociaux ou culturels spéciaux" ou "l'application de connaissances professionnelles spécialisées aux problèmes sociaux ou communautaires pressants" représentent des mesures nécessaires ou appropriées pour les employés de l'organisme? Que faisons-nous lorsque, pour le compte de notre collectivité locale, nous participons à des "mesures sociales ou de promotion

internes" et que cela n'entraîne aucun changement d'orientation au sein de l'organisme? Les planificateurs de l'organisation-mère peuvent fort bien considérer de tels gestes en termes de conflits de devoirs; dans de telles situations, nous ne bénéficions d'aucune ligne de conduite définitive ou pragmatique qui nous indique la voie à suivre.

Un exemple en Colombie-Britannique: le Rapport Cumming

Cette préoccupation à l'égard des problèmes que posent les conflits de devoirs n'est pas une spéculation oiseuse ou simplement de l'eau que l'on apporte au moulin des théoriciens, car ce genre de situation s'est produite en Colombie-Britannique. Depuis quelques années, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a entrepris un certain nombre de réorganisations, chacune d'entre elles comprenant une redétermination des priorités et des programmes appropriés en matière de santé mentale communautaire. Le Rapport Cumming de 1979, comme on l'a appelé, constituait un élément fondamental de l'un de ces plans de réorganisation. Ce rapport était fondé sur une étude d'une année des services provinciaux de santé mentale, et était censé représenter une analyse et une évaluation des services de santé mentale existants. Toutefois, le produit final reflétait essentiellement les impressions et les attentes exposées dans les énoncés préliminaires émis avant la mise en application réelle de l'étude officielle. Au lieu de représenter une analyse avec une méthodologie valable, le rapport final ressemblait donc davantage à un énoncé de principes au sujet d'intérêts spéciaux. En bref, ce rapport a principalement recommandé que les grandes responsabilités des centres de santé mentale communautaire devraient consister à concentrer les soins sur les invalides chroniques et les malades aigus. Le Rapport Cumming a indiqué que les problèmes des enfants et des familles relevaient d'autres ressources communautaires. On a ensuite considéré que les centres de santé mentale communautaire entraient en concurrence avec ces autres organismes communautaires, vraisemblablement existants et disponibles. Ces assertions ont pris complètement par surprise la plupart des travailleurs de la santé mentale communautaire en milieu rural de la Colombie-Britannique, qui sont habitués à manquer de ressources, mais pas encore à manquer de clientèle. Enfin, le Rapport Cumming s'est opposé à l'inclusion des problèmes d'adaptation dans la charge de travail des centres de santé mentale, parce que ces genres de problèmes mettent en cause des "traitements frivoles et exotiques" et représentent simplement les intérêts des professionnels principalement non médicaux et non les besoins de la collectivité.

Ce Rapport a suscité un grand nombre de réactions négatives chez les professionnels de la santé mentale de la Colombie-Britannique. À la demande du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, l'Association des psychologues de cette province a étudié le Rapport Cumming et conclu qu'il n'était pas "parvenu à répondre même aux

critères les plus rudimentaires d'un rapport objectif et encore moins d'une enquête scientifique". Une analyse semblable a été effectuée par l'Association des travailleurs sociaux professionnels de la Colombie-Britannique. Néanmoins, le ministère a bientôt émis des priorités dans le domaine de la santé mentale qui reflétaient les orientations de base du Rapport Cumming.

Chose intéressante, deux autres enquêtes sur les besoins en matière de santé mentale communautaire ont été menées pendant cette période; celles-ci ont suivi d'une manière plus étroite les méthodes de recherche établies. Dans l'un des cas il s'agissait d'une enquête à l'échelle de la province qui avait été commandée par la division de l'Association canadienne pour la santé mentale de la Colombie-Britannique, et, dans l'autre, d'une enquête locale que j'ai menée dans la zone servie par le centre de santé où je travaille. Les résultats de ces deux enquêtes étaient fort semblables et différaient complètement des recommandations du Rapport Cumming. En tant qu'exercices de validation sociale, l'enquête de l'ACSM et la mienne ont indiqué que les priorités de la population locale n'étaient pas conformes à celles du gouvernement. Souvenez-vous que nous avons traité plus tôt du concept de satisfaction des clients comme un des éléments de la validation sociale. Il serait malavisé d'affirmer catégoriquement que ces deux enquêtes ont plus de valeur, car, conformément aux mises en garde de Kazdin (1977), l'utilité fonctionnelle des exercices de validation sociale peut être limitée par le fait que l'on dépende "de non-professionnels pour déterminer l'orientation des traitements". Toutefois, le même genre de mises en garde pourraient être faites aussi au sujet de l'utilisation de rapports professionnels qui ne sont peut-être pas fondés sur des méthodes de recherche professionnelle. Quelle que soit la source des recommandations, on peut s'attendre logiquement que lorsqu'un programme n'est pas perçu par les consommateurs comme nécessaire ou approprié, cela mettra en péril le succès continu et pratique du programme. En outre, si les consommateurs locaux de ces services n'appuient pas l'intervention, celle-ci doit être soutenue par des ressources extérieures, ce qui n'est pas conforme aux objectifs de la pratique de la santé mentale communautaire dont il est question dans le présent document.

La question de base à laquelle il faut encore répondre est la suivante: si le centre de santé mentale communautaire s'occupe de problèmes socialement importants au niveau communautaire, et si les techniques de validation sociale représentent un moyen d'évaluer l'acceptabilité sociale des programmes de service social, et si ce processus indique que la population générale n'est pas d'accord avec les planificateurs de la politique de l'organisme, quel est donc le rôle nécessaire et approprié du travailleur local de la santé mentale communautaire? Je crois que cet exemple de la Colombie-Britannique illustre les dilemmes possibles devant lesquels peuvent se trouver les travailleurs de la santé

mentale communautaire qui prennent part à des interventions au niveau de la collectivité. Si, dans cet exemple, j'applique les priorités provinciales, la population locale prendra bientôt conscience que le fait de participer à des études de planification sociale aura peu d'effet, sinon aucun, sur la définition ou la mise en application des services locaux. En d'autres termes, elle se rendra vite compte que la participation de la collectivité à la détermination des besoins locaux est insignifiante en termes de planification et d'établissement de programmes à l'échelle provinciale. Si cela se produit, j'ai l'impression que les travailleurs locaux de la santé mentale perdront leur crédibilité en tant qu'agents de changement communautaires. De plus, les programmes appliqués ne seront peut-être pas faciles à intégrer dans la collectivité et, partant, seront perçus comme imposés de l'extérieur plutôt que comme partie intégrante des ressources communautaires.

Par contre, si la responsabilité sociale du travailleur de la santé mentale communautaire consiste à participer activement au processus de changement social lorsque les efforts de validation sociale font ressortir les divergences entre les attentes locales et gouvernementales, nous pourrions donc nous exposer, pour paraphraser Holland (1978), à un retrait du renforcement positif du système de direction. En d'autres termes, nous pourrions perdre notre emploi.

Conclusion

Qui le travailleur de la santé mentale communautaire en milieu rural appuie-t-il lorsque les attentes du système de direction sociale et les consommateurs des services fournis par ce système diffèrent? Pouvons-nous établir un modèle pragmatique permettant de résoudre ces conflits de devoirs? Pouvons-nous faire plus pour appliquer les responsabilités professionnelles et éthiques du travailleur de la santé mentale communautaire en milieu rural, lorsque les attentes de la collectivité et des organismes divergent? J'espère que ce document engendrera d'autres discussions dans ces domaines.

BIBLIOGRAPHIE

Acker, L. "On the Training of Mediators." In Martin & Osbord (éd.) Helping in The Community. New York. Plenum Publishing Inc., 1980.

Associated Professional Social Workers of British Columbia. "Reply to Cumming", janvier 1980.

Atkinson, D.R. "Community Influences on Mental Health Program Evaluation." American Journal of Community Psychology. 1978, 6 (4), 339-349.

Ausabel, D. "Mental Illness is Not a Myth." American Psychologist, 1961.

British Columbia Psychological Association. "Response to the Cumming Report", juillet 1979.

British Columbia Lifestyles and Community Needs Survey Analysis, Vancouver WSM Behavioural Change Systems Inc., 1978.

Cumming, J. Report of the Mental Health Planning Survey. British Columbia Ministry of Health Document, mai 1979.

Fawcett, et al. "Some Promising Dimensions for Behavioural Community Technology." Journal of Applied Behavioural Analysis, 1980.

Glidewell, J. "Priorities for Psychologists in Community Mental Health." Issues in Community Psychology and Preventive Mental Health, 1971.

Holland, J.G. "Behaviourism: Part of the Problem or Part of the Solution?" Journal of Applied Behavioural Analysis, 1978, 11 (1). 163-174.

Jason, L.A. "Behavioural Community Psychology: Conceptualizations and Applications." Journal of Community Psychology, 1977 (5). 303-317.

Kazdin, A. "Assessing the Clinical or Applied Importance of Behaviour Change Through Social Validation." Behaviour Modification, 1976, 1 (4). 427-449.

Kelly, J.G. "Qualities for the Community Psychologist." American Psychologist, 1971, 26, 897-903.

Klein, D.C. Preface, Issues in Community Psychology and Preventive Mental Health, 1971.

Kyle, J.L. "The Effect of Incentives on Mail Survey Response Rate and Content" Université de Victoria, 1980.

Lofting, H. The Story of Dr. Doolittle.

Meyers, et al. "A Behavioural-Preventive Approach to Community Mental Health." American Journal of Community Psychology, 1974, 2 (3), 275-285.

Newbrough, J. "Community Psychology and the Public Interest." American Journal of Community Psycology, 1980, 8 (1), 1-17.

Rosenhan, D. "On Being Sane in Insane Places." Science, 1973.

Silverman, W. "Fundamental Role Characteristics of the Community Psychologist." Journal of Community Psychology, 1978, 6, 207-215.

Stolz, S. "Ethics of Social and Educational Interventions." Handbook of Behavioural Analysis, 1978.

Szasz, T. "The Myth of Mental Illness." American Psychologist, 1960.

Wolfe, M. "Social Validity: The Case for Subjective Measurement, or How Applied Behaviour Analysis is Finding Its Heart." Journal of Applied Behaviour Analysis, 1978, 11, 203-214.

LES PROBLÈMES D'ORDRE BUREAUCRATIQUE VUS SOUS L'ANGLE DE LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE

Keith E. Barnes, directeur
Centre de santé mentale, Kelowna (Colombie-Britannique)

SOMMAIRE

Dans les bureaucraties, l'efficacité de l'État prend fréquemment le pas sur la satisfaction personnelle. La bureaucratie se préoccupe des moyens, la société se préoccupe des fins, et quelque part entre les deux, on trouve souvent le travailleur de la santé mentale communautaire. L'auteur relève six grands problèmes bureaucratiques qui sont susceptibles de créer des conflits d'ordre moral chez le travailleur de la santé mentale en milieu rural. Les caractéristiques personnelles qui sont requises pour survivre aux situations bureaucratiques comprennent: 1) le sens de l'humour, 2) la persistance et 3) la prévoyance.

Introduction

Je vais commencer cet article en résumant brièvement quelques-uns des points de vue les plus courants sur la bureaucratie et les problèmes qui lui sont propres. J'aimerais ensuite vous donner une opinion plus personnelle. Un atelier sur ce sujet devrait probablement commencer par une discussion ouverte sur les expériences des participants avec la bureaucratie, et se terminer par des recommandations sur la manière de résoudre les divers problèmes d'ordre bureaucratique.

Sur le plan historique, la bureaucratie et les problèmes qu'elle occasionne existent depuis longtemps, et la déclaration suivante, faite par Petronius Arbiter en l'an 210 avant Jésus-Christ, illustre un problème bureaucratique avec lequel nous sommes tous familiers aujourd'hui: "Nous nous entraînions très fort...mais il semble que chaque fois que nous étions organisés pour former une équipe, on nous réorganisait. J'ai découvert, plus tard dans la vie, que l'on a tendance à aborder toute nouvelle situation en se réorganisant: quel moyen magnifique de créer l'illusion du progrès, tout en semant la confusion, l'inefficacité et la démoralisation".

Toutefois, ce n'est pas avant la fin du XVIII^{e} siècle et le début du XIX^{e} siècle que des érudits et d'autres auteurs intéressés ont entrepris d'écrire sur la bureaucratie et essayé d'expliquer pourquoi les bureaucraties se forment et comment elles fonctionnent. Max Weber est l'un de ceux qui a le plus écrit sur la bureaucratie; plus près de nous, Robert Merton et Talcott Parsons ont publié beaucoup de documents sur les bureaucraties, leur structure sociale et leurs diverses fonctions dans la société moderne.

Définitions

Voici maintenant quelques-unes des définitions les plus communes de la bureaucratie, dont certaines peuvent vous sembler plus intéressantes que d'autres. La première est de Max Weber: "La bureaucratie est la création d'un nouveau monde d'interactions humaines. Dans la vie de tous les jours, les rapports entre un individu et un autre sont principalement fondés sur la signification que chacun attache à ses actions. Le bureaucrate, par contre, est limité aux actions autorisées par les règles de son travail et relevant de sa compétence. Par conséquent, la bureaucratie représente le moyen de transformer l'action sociale en action organisée d'une manière rationnelle". Voici ce qu'en pense Peter Blau: "La bureaucratie est une organisation qui maximise l'efficacité de l'administration". Marshall Dimock définit la bureaucratie comme des "manifestations institutionnelles complexes qui tendent vers l'inflexibilité et la dépersonnalisation", tandis qu'Edward Strauss réunit sous ce terme "les nombreuses imperfections dans la structure et le fonctionnement des grandes organisations. Les symptômes de la bureaucratie comprennent l'attachement excessif aux précédents, le manque d'initiative, la procrastination, la prolifération des formulaires, le dédoublement d'efforts et l'esprit de clocher". James Boren, qui a traité d'une manière satirique de la bureaucratie à de nombreuses occasions, la définit de la manière suivante: "La bureaucratie n'est pas l'apanage de tout groupe ou institution particuliers, et il ne s'agit pas non plus d'une simple accumulation de techniques et de formalités. La bureaucratie est un mode de vie!" Enfin, le Pluridictionnaire Larousse définit la bureaucratie comme "l'ensemble des administrations publiques et l'ensemble des fonctionnaires qui leur appartiennent considérés du point de vue de l'esprit routinier, lent, tatillon qui les caractérise parfois".

Quelle que soit votre préférence, il me semble que la plupart de ces définitions ne sont pas particulièrement flatteuses; je crois cependant qu'il est important de considérer s'il existe dans les grandes organisations des solutions de rechange à la structure bureaucratique. Il me semble en fin de compte que toutes les organisations doivent être structurées d'une façon ou d'une autre de manière à éviter le chaos ou un niveau de désorganisation tel que l'efficacité et la productivité diminuent au point où l'organisation fait faillite, au sens propre ou au sens figuré.

Quels sont les objectifs majeurs de la bureaucratie? Dans l'ensemble, je crois qu'ils peuvent être réduits à trois objectifs: 1) l'obtention et le maintien de l'autorité; 2) l'obtention et le maintien de l'efficacité; 3) l'obtention et le maintien du système bureaucratique (survie du statu quo). Ces trois grands objectifs ou conditions indispensables, comme on les appelle souvent, s'accompagnent d'un ensemble d'éléments ou de composantes qu'Anthony Downs (1967) a décrit comme suit: "Toutes les bureaucraties ont en commun les éléments suivants: 1) une structure hiérarchique de pouvoirs officiels; 2) des

réseaux de communication officielle hiérarchiques; 3) des systèmes étendus de règles officielles; 4) une structure de pouvoirs sans caractère officiel; 5) des réseaux de communication informels et personnels; 6) un mode de fonctionnement impersonnel officiel; 7) un attachement et un engagement personnels considérables de la part des fonctionnaires, plus particulièrement ceux occupant les rangs les plus élevés".

Principales difficultés

En tenant compte de ces éléments particuliers, essayons maintenant de déterminer quelles peuvent être les grandes difficultés d'ordre bureaucratique, vues sous l'angle de la santé mentale communautaire, en considérant toujours que mes propres vues sur la question subissent évidemment l'influence de forts préjugés personnels, acquis à la suite d'expériences antérieures. Le premier point à examiner est celui où la satisfaction que l'on retire de sa maîtrise sur son propre travail entre en conflit avec l'efficacité, considérée du point de vue d'une administration centralisée. D'après mon expérience, dans les services de santé mentale ce conflit surgit habituellement entre les personnes qui sont chargées de la prestation des services dans une collectivité ou une région particulière et les personnes qui occupent des postes de cadre intermédiaire ou principal dans la capitale de la province. Un deuxième point particulier concerne le fait que la bureaucratie se préoccupe des moyens, tandis que la société se préoccupe essentiellement des fins; ces deux préoccupations distinctes engendrent un conflit entre le besoin de contrôler et le besoin de servir. Du point de vue de la société, la fonction publique a été essentiellement créée pour fournir des services; du point de vue de la bureaucratie toutefois, le contrôle est un impératif interne. Par conséquent, la tendance de toute bureaucratie consiste à substituer les contrôles internes aux services extérieurs. Dans les services de santé mentale, c'est entre les demandes de services toujours croissantes de la collectivité et les demandes de limitation des coûts toujours croissantes des bureaucrates que ce conflit est le plus apparent. Comme la plupart d'entre nous l'ont souvent vécu, le travailleur de la santé mentale professionnel et clinicien se trouve souvent coincé entre ces deux genres de demandes. Un troisième problème bureaucratique est celui qui oppose l'efficience du travailleur à l'efficacité du travailleur. Pour la bureaucratie, l'efficience consiste à respecter les règles et à fournir un service au coût le moins élevé possible; pour la société, l'efficacité avec laquelle le service répond aux besoins humains, ainsi que la disponibilité de ce service, sont d'une importance capitale. Je crois que l'on a une preuve de ce conflit dans les services de santé mentale lorsque la bureaucratie mesure l'efficience en termes du nombre de personnes rencontrées au coût le plus bas possible, quelle que soit l'efficacité avec laquelle les services dispensés répondent aux besoins sociaux ou modifient sensiblement le comportement humain.

Un quatrième conflit survient souvent entre les besoins sociaux et les besoins du système bureaucratique. Ce conflit se reflète autant sur

le plan interne que sur le plan externe. Au niveau interne, on le constate chaque fois qu'un employé a besoin de s'écarter des règles de l'organisation. Dans la santé mentale, on en avait un bon exemple, avant que les règles soient finalement modifiées: aucun membre du personnel ne pouvait travailler en dehors des heures de travail normales sans la permission de la haute direction - règle qui rendait presque impossible la prestation de services de santé mentale d'urgence et de services d'intervention en cas de crise après les heures de bureau. Un exemple extérieur, qui est récemment survenu au sein de notre propre collectivité, est la décision prise par la direction de transférer d'un organisme à un autre les clients bénéficiant de services d'auxiliaire familiale, sans tenir compte manifestement des besoins de chaque client particulier.

Un cinquième problème bureaucratique est le maintien du statu quo par opposition au besoin de souplesse et d'adaptabilité. A bien des égards, la bureaucratie est une organisation qui ne peut corriger son propre comportement, ou qui ne la corrigera pas, en tirant la leçon de ses erreurs. Par exemple, au ministère de la Santé de la province, il existe depuis huit ans deux systèmes de financement séparés pour les postes du personnel des services de santé mentale communautaire. L'un de ces systèmes est administré par les Programmes hospitaliers, tandis que l'autre relève des Programmes de la santé communautaire. Même si ces deux services distincts de consultation externe sont une cause de fragmentation et de confusion chez les clients à l'échelon communautaire, ces deux systèmes de financement parallèles continuent d'exister, simplement parce qu'ils relèvent de deux directions administratives distinctes au sein du Ministère.

Le dernier point, et à mon avis, l'un des plus importants, est celui de l'évaluation des évaluateurs. En d'autres termes, qui évalue la compétence et la responsabilité des bureaucrates qui détiennent le pouvoir? Comme la tendance vers des bureaucraties centralisées se poursuit, ce point revêt de plus en plus d'importance, particulièrement si l'on tient compte du fait que la plupart des cadres intermédiaires, les employés du Conseil du Trésor et les divers directeurs administratifs ne bénéficient habituellement d'aucune formation, expérience ou connaissance spécialisée précise dans la prestation effective des services de santé mentale communautaire.

Rapports avec la bureaucratie

Si la bureaucratie est là pour de bon, et j'en suis fermement convaincu, quelles mesures peut-on prendre pour contrer le pouvoir croissant des bureaucraties centralisées. Au niveau officiel et peut-être théorique, deux forces neutralisantes ont été proposées; la première est la création ou l'utilisation de bureaucraties compensatrices existantes; celles-ci comprennent les syndicats, les organisations professionnelles,

les gouvernements municipaux et régionaux et les organismes sociaux et communautaires à but non lucratif. La seconde force compensatrice proposée comprendrait des services tels que ceux de comités d'examen indépendants, d'un bureau de méthodes administratives, d'un ombudsman du gouvernement et de comités du Congrès semblables à ceux qui ont été créés aux Etats-Unis. A mon sens, la principale lacune de ces forces compensatrices est le fait qu'elles constituent en soi des organisations distinctes qui, à la longue, sont susceptibles de souffrir des mêmes maux que les bureaucraties qu'elles sont censées neutraliser.

Je voudrais, avant de terminer, vous faire part de quelques-unes des stratégies que j'utilise pour traiter avec les bureaucrates. Tout d'abord, je crois qu'il est très important de déterminer correctement avec quels bureaucrates au sein de l'organisation il faut faire affaire. Une fois que l'on est en mesure d'entrer en contact avec le bureaucrate qui a réellement le pouvoir de changer la situation, il est souvent possible de trouver une solution efficace au problème. La seconde stratégie utile consiste à découvrir qui, au sein de la bureaucratie, sont ceux qui expédient le travail. Souvent, j'ai découvert que les fonctionnaires les plus expéditifs sont le personnel de soutien administratif, les techniciens, ou les autres employés exécutants qui semblent plus intéressés à faire le travail qu'à préserver le statu quo.

Si, pour toutes sortes de raisons, vous avez décidé de vous lancer à l'assaut de la bureaucratie pour une question particulière qui intéresse la collectivité, je crois qu'il est d'une importance capitale que vous connaissiez jusqu'au bout des doigts tous les aspects de cette question, y compris non seulement les facteurs relatifs aux besoins humains mais aussi les facteurs de rentabilité.

Il existe deux autres stratégies qui peuvent parfois vous être utiles dans vos rapports avec les bureaucrates. La première consiste à faire intervenir des groupes de soutien locaux; il peut s'agir de groupes de citoyens, d'organismes locaux à but non lucratif ou de comités consultatifs responsables de programmes praticuliers. Parfois, de tels groupes de soutien peuvent contribuer à vaincre le formalisme administratif. Le second groupe de personnes qui peuvent vous aider à résoudre un problème local particulier est le conseil municipal ou régional. Quelquefois, les membres élus de cet organisme ont accès à des fonctionnaires supérieurs, et peuvent parvenir à obtenir des changements d'une manière sensiblement plus rapide qu'en suivant les voies bureaucratiques habituelles.

Enfin, quelles caractéristiques personnelles est-il essentiel de posséder pour survivre à la bureaucratie et au jeu des bureaucrates? Selon ma propre expérience, il est très important d'être ouvert, honnête et persistant lorsque l'on demande un changement ou la solution de problèmes précis; cela aide aussi énormément d'avoir le sens de l'humour et d'être capable de voir le "côté amusant" des nombreuses manoeuvres déployées par les bureaucrates pour préserver le statu quo.

Lectures recommandées (techniques)

Albrow, M. Bureaucracy. New York: Praeger Publishers, 1970.

Downs, A. Inside Bureaucracy. Boston: Little, Brown and Company, 1967.

Hummel, R.P. The Bureaucratic Experience. New York: St. Martin's Press, 1977.

McGregor, D. The Professional Manager. New York: McGraw Hill Inc., 1967.

Lectures recommandées (générales)

Boren, J.H. When in Doubt, Mumble. New York: Van Nostrand, 1972.

Boren, J.H. Have Your Way With Bureaucrats. Radnos: Childton Books, 1975.

Boren, J.H. The Bureaucratic Zoo. McLean, Virginia: EPM Publications, 1976.

Bureaucrat, X. Cover Your Ass: Or How to Survive in A Government Bureaucracy. Hurrig, 1977.

Haga, W.J. Haga's Law: Why Nothing Works and No One Can Fix It. New York: William Morrow, 1980.

Singer, G., & Wallace, M. The Administrative Waltz. New York: Pergamon Press, 1976.

Smith, J. Rules to Keep the Rascals Out. Vancouver: November House, 1978.

Wolfe, T. "Mao-Maoing and Flak-Catchers." In The Electric Kool-Aid Acid Test. New York: Farrar, Strauss & Giroux, 1968.

CRÉATION D'UN PROGRAMME DE BÉNÉVOLAT À APPLIQUER DANS LES CENTRES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL: LE MODÈLE DE CARIBOO

Roland Perrin - Centre de santé mentale de Williams Lake
Mercedes Finnegan - Centre de consultation et d'intervention d'urgence de Williams Lake (C.-B.)
Jeffrey Dinsdale - Centre de santé mentale de Quesnel
Dorothy Wheeler - Centre d'intervention et d'aide d'urgence de Quesnel (C.-B.)

SOMMAIRE

Il est à la fois important et nécessaire de recourir à des personnes bénévoles pour compléter les services professionnels de santé mentale en milieu rural. Il revient à la collectivité de déterminer le besoin d'un tel programme, mais celui-ci doit être encouragé par le personnel du service de santé mentale. En se servant du modèle de Cariboo comme exemple, le présent article traite des points suivants:

1) la nature des collectivités dans lesquelles un programme bénévole est viable;

2) la raison pour laquelle on utilise des personnes bénévoles dans les centres ruraux de santé mentale;

3) le travail des personnes bénévoles;

4) la manière dont le programme est administré;

5) le recrutement, la formation et la supervision des personnes bénévoles;

6) l'évolution et l'évaluation du programme bénévole de Cariboo.

Pour assurer une certaine concision, seul le programme de Quesnel (C.-B.) (population: 10000) est discuté en detail, en dépit du fait qu'un programme fort semblable fonctionne également avec succès à Williams Lake.

1. LA NATURE DE LA COLLECTIVITÉ: SECTEURS AUXQUELS CE PROGRAMME S'APPLIQUE

Les petites villes (entre 5000 et 70 000 habitants environ) qui comportent un grand nombre des caractéristiques suivantes:

- Très peu de services sociaux non gouvernementaux.

- Des services parrainés par le gouvernement généralement intacts, comprenant des programmes de bien-être social,

d'hygiène publique, de santé mentale et de correction. . Ces services sont généralement restreints et tendent à être non spécialisés. Ils sont généralement fournis dans les bureaux secondaires d'un centre plus important, les pouvoirs de décision étant situés ailleurs.

- Il s'agit fréquemment de collectivité mono-industrielles, qui dépendent souvent en grande partie de l'exploitation des ressources; il peut même s'agir de "villes patronales".

- La population a tendance à être composée de personnes plus jeunes, plus mobiles et de la classe ouvrière.

- Les problèmes comprennent habituellement l'abus d'alcool, les problèmes matrimoniaux, la violence, les difficultés liées à l'enfance et à la famille.

- La collectivité est consciente des besoins sociaux qu'éprouvent ses habitants.

- Il existe une certaine "cohésion" au sein de la collectivité, un secteur de services facilement repérable et un bassin de personnes ressources où puiser des personnes bénévoles.

- Il est possible de former et de superviser de façon permanente les personnes bénévoles.

2. EXPLICATION: POURQUOI DES PERSONNES BÉNÉVOLES DANS LES CENTRES RURAUX DE SANTÉ MENTALE?

- Les personnes bénévoles font partie de la collectivité et sont davantage conscientes des besoins de celle-ci; leur participation accroît aussi la responsabilité sociale des programmes.

- Les personnes bénévoles, en tant que membres de la collectivité, comprennent mieux les besoins de leurs concitoyens.

- Efficacité politique: un mouvement de base composé de membres de la collectivité, et non de fonctionnaires payés, présente un prestige politique bien plus grand.

- Les personnes bénévoles sont une importante source d'énergie inexploitée.

- Les personnes bénévoles représentent une main-d'oeuvre économique: un avantage important en période de restrictions. Elles permettent de créer et de mettre en application des programmes qui ne pourraient être appliqués s'il fallait utiliser des fonctionnaires rémunérés.

DÉSAVANTAGES DU RECOURS AUX PERSONNES BÉNÉVOLES

- Manque de formation: il est donc nécessaire de créer un programme de formation.

- Manque d'identité professionnelle.

- Roulement permanent au sein du groupe de personnes bénévoles: il est donc nécessaire de créer des programmes de formation permanente.

- Besoin de direction, d'organisation et de supervision constantes, qui demandent toutes beaucoup de temps.

3. FONCTIONS DES PERSONNES BÉNÉVOLES

Le modèle de Quesnel

1) Programme d'aide téléphonique d'urgence

- Les personnes bénévoles ont neuf quarts de travail par semaine, qu'elles effectuent à domicile. On demande à chacune d'être prête, dans la mesure du possible, à travailler pendant deux quarts par mois.

- Le calendrier des quarts est établi par le directeur du programme au début de chaque mois.

- Les personnes bénévoles doivent noter par écrit chaque appel et poster ou amener les feuilles d'appels au bureau.

- Les personnes bénévoles reçoivent un appel après chaque quart où on leur demande un bref rapport verbal, de sorte que le directeur puisse être mis au courant des appels et prévenir la personne qui prend le quart suivant, s'il y a lieu.

2) Le Programme d'appels quotidiens

- Ce programme a été mis sur pied pour aider de façon permanente, à l'aide du téléphone, les personnes qui ont besoin de contacts quotidiens.

- Une personne bénévole est associée à chaque client (avec le consentement écrit de celui-ci). La personne bénévole est ensuite tenue d'appeler le client chaque jour, aussi longtemps que cela lui est utile.

3) Programme de consultation téléphonique d'urgence

a) Programme de consultation en tête-à-tête

- Le Programme de consultation téléphonique d'urgence a été créé en 1979 par l'Équipe de santé mentale, en collaboration avec le service d'aide téléphonique d'urgence.

- Le programme vise à accroître l'efficacité de l'Équipe de santé mentale en ayant recours à des travailleurs bénévoles du Programme d'aide téléphonique d'urgence ayant reçu une formation spéciale pour dispenser des conseils de soutien et intervenir en cas d'urgence.

- L'Équipe de santé mentale est chargée de la formation de ces conseillers locaux.

- La supervision des conseillers relève du directeur du Programme.

Lorsqu'un client est adressé par le Centre de santé mentale au Programme d'aide téléphonique d'urgence, le directeur du Programme choisit pour celui-ci un conseiller approprié; ce dernier doit ensuite présenter des rapports réguliers au directeur. Si des difficultés surviennent, il peut consulter l'Équipe de santé communautaire.

- Les clients qui ont besoin de services de consultation en tête-à-tête sont aussi adressés directement par l'entremise du personnel et des travailleurs bénévoles du Programme d'aide téléphonique d'urgence.

- La plupart des conseillers de ce Programme sont des travailleurs bénévoles possédant une expérience considérable avec le Programme d'aide téléphonique d'urgence.

- La personne bénévole doit suivre un cours intensif de 35 heures pendant 12 semaines avant de posséder les compétences requises pour participer au programme de consultation. Les moniteurs sont les employés du Centre de santé mentale.

- On demande au conseiller de consacrer une heure par semaine au client, ou davantage si possible.

- Le conseiller, le directeur et le client déterminent le temps que le conseiller consacre au client.

b) Remplaçants

- Tous les quarts effectués à domicile par les personnes bénévoles sont aussi pris par un remplaçant (ayant suivi une formation de conseiller) auquel le travailleur peut s'adresser pour consultation.

- Le remplaçant prendra les appels lorsque le travailleur est occupé au téléphone et remplacera le travailleur si celui-ci ne peut prendre le quart.

- Il incombe au remplaçant de trouver quelqu'un qui puisse le relever s'il ne peut prendre le quart.

- Le remplaçant (ou le directeur) est chargé d'alerter l'Équipe volante.

c) Équipe volante

- On demande aux conseillers de faire partie de l'Équipe volante. Les membres de cette équipe répondent en personne à un appel dans leur secteur, si possible, à la demande d'un conseiller remplaçant ou du directeur. Deux conseillers bénévoles sont envoyés à chaque appel.

- Un conseiller est chargé de rédiger un rapport complet sur l'appel, à l'instar du remplaçant et du travailleur du service d'aide téléphonique d'urgence qui ont reçu l'appel.

Statistiques

- Au cours des 8 premiers mois de 1981, 14 conseillers ont répondu à 7 appels nécessitant les services de l'Équipe volante.

- Au mois de septembre 1981, le Programme de consultation en tête-à-tête existait depuis 18 mois; 15 clients ont été confiés à des conseillers jusqu'à ce jour.

- Au cours des 8 premiers mois de l'année 1981, chaque conseiller qui participait activement comme remplaçant au Programme d'aide téléphonique d'urgence a consacré plus de 1000 heures à ce programme.

- Les personnes bénévoles ont reçu 245 appels à domicile.

- Le bureau a reçu 124 appels d'urgence et 536 appels d'information ou relatifs aux personnes bénévoles.

- Au mois de septembre 1981, 5 téléphonistes appelaient tous les jours autant de clients.

4) Programme du Centre d'activités

- Le Centre a ouvert ses portes le 2 mars de la présente année, et les séances se tiennent tous les lundis, mercredis et vendredis après-midi, de 13 h à 16 h.

- Le Centre offre des services de resocialisation et une aide permanente aux membres de la collectivité qui éprouvent des difficultés d'ordre mental et affectif ou souffrent d'un handicap physique. Ces personnes sont adressées par les divers organismes et spécialistes de la région.

- Les participants prennent part à des activités, des discussions et des sorties en groupe, ayant pour objet d'acquérir des compétences sociales dans une atmosphère d'amitié et d'entraide.

- Le Centre est supervisé par le directeur du Programme d'aide téléphonique d'urgence.

- Chaque séance du Centre est supervisée par le directeur et deux conseillers bénévoles. D'autres personnes bénévoles y participent aussi régulièrement.

- Les personnes bénévoles qui supervisent le Centre proviennent du groupe de conseillers du Programme d'aide téléphonique d'urgence qui ont reçu une formation spéciale, et elles consacrent un ou deux après-midi par semaine au Programme. Ces conseillers et le directeur recrutent et conseillent d'autres auxiliaires bénévoles.

- Les personnes bénévoles du Centre ne conseillent pas les clients individuellement au cours des séances, mais maintiennent une situation de groupe, encourageant les participants à prendre part à des discussions et à des activités collectives.

- Les personnes bénévoles encouragent les participants du Centre à aider à planifier, préparer et exécuter toutes les activités du Centre.

- Six conseillers et auxiliaires bénévoles supervisent les séances du Centre qui leur sont régulièrement assignées; deux personnes bénévoles assistent à toutes les séances (neuf heures par semaine) et quatre assistent à une séance (trois heures par semaine).

- Les responsables espèrent embaucher très bientôt un coordonnateur pour le Centre d'activités. Les fonctions de cette personne seront les suivantes:

- élaborer le programme d'activités du Centre;
- visiter à domicile les nouveaux clients et faire des visites pour encourager les personnes à continuer de participer;
- transporter les personnes au Centre s'il y a lieu, et plus particulièrement les nouveaux clients;
- aider le directeur du Programme à superviser et améliorer le Centre et à accroître ses activités.

- L'étape suivante consistera à augmenter les heures d'ouverture du Centre de neuf heures à quinze heures par semaine, en ouvrant ses portes chaque après-midi de la semaine.

4. ADMINISTRATION D'UN PROGRAMME DE BÉNÉVOLAT

Programme d'appels téléphoniques d'urgence de Quesnel

- Ce programme est l'un des trois qu'administre la Quesnel Contact Line and Centre Society, et il est supervisé par le Conseil d'administration de la Société. Celle-ci administre aussi les programmes d'auxiliaires familiales et de soin des enfants, qui disposent d'un budget total de plus de 400 000$ par année.
- Le Programme d'appels téléphoniques d'urgence sert la collectivité de Quesnel 24 heures par jour, 7 jours par semaine depuis 10 ans.
- À l'heure actuelle, 24 personnes bénévoles participent activement au programme.

Personnel

- Chef du bureau; responsable du travail administratif relatif à tous les programmes de la Quesnel Contact Line and Centre Society.
- Directeur des programmes; travaille directement avec les personnes bénévoles de tous les programmes.

Personnes bénévoles nouvellement recrutées

- Toutes les nouvelles personnes bénévoles sont soumises à un stage de trois mois, à la fin duquel elles sont évaluées par les administrateurs.

- Lorsqu'elles commencent à travailler, toutes les nouvelles personnes bénévoles sont encouragées à demeurer en contact avec le personnel, que ce soit par téléphone ou en personne.

Personnes bénévoles d'expérience

- Il est essentiel que tous les problèmes soient portés à l'attention immédiate de l'administrateur, de sorte qu'une solution puisse être établie, sans interruption du service.

- Si une solution ne peut être trouvée, le problème est soumis par écrit au Conseil d'administration.

- Il est nécessaire de bénéficier au sein du système d'un sentiment de respect et de confiance mutuels (les personnes bénévoles, le personnel et le Conseil d'administration).

Recrutement et formation des personnes bénévoles

- (De plus amples détails sont donnés dans la section 6 ci-après.) Ces deux aspects sont du ressort du directeur du programme, en collaboration avec le personnel du Centre de santé mentale.

Moral des personnes bénévoles

- Il est d'une importance capitale que les bénévoles et le personnel entretiennent des relations de travail amicales qui puissent les encourager dans leurs activités, afin de veiller à dispenser à la collectivité le meilleur service possible.

- Les personnes bénévoles doivent être tenues au courant de toutes les modalités et lignes de conduite relatives au programme d'appels téléphoniques d'urgence, et il faut qu'elles prennent conscience de l'importance de leur rôle au sein du programme.

- Un bulletin est envoyé chaque mois aux personnes bénévoles pour les tenir informées de toutes les questions qui les concernent.

- Chaque mois, on tient une réunion pour les personnes bénévoles, et toutes sont encouragées à y participer. C'est une excellente occasion de discuter des problèmes et de trouver des solutions. Cette réunion permet aussi aux personnes bénévoles, qu'elles soient anciennes ou nouvelles, et au personnel de se rencontrer.

Financement

Budget de l'année financière courante (fonds octroyés par le ministère des Ressources humaines):

-	Salaires et avantages sociaux	28 650,00 $
-	Frais d'exploitation	6 655,00 $
-	Total des fonds reçus	35 305,00 $

Budget prévu pour la prochaine année financière (fonds octroyés par le ministère des Ressources humaines):

-	Salaires et avantages sociaux (y compris la demande de coordonnateur à plein temps pour le Centre d'activités relatives aux appels téléphoniques d'urgence)	47 997,00 $
-	Frais d'exploitation	9 500,00 $
-	Total des fonds requis	57 497,00 $

Financement - Centre d'accueil

- Une subvention de 2000 $ a été versée par l'Association canadienne pour la santé mentale, dans le but de mettre en branle le programme du Centre d'activités.

- Une demande de fonds a été présentée au MRH afin de pouvoir engager un autre employé pour le programme d'appels téléphoniques d'urgence, lequel sera chargé de coordonner le Centre d'activités. Cette demande s'applique à l'année financière commençant en avril 1982.

- Une demande a été présentée au MRH pour que le Centre de réalisation paye 1,10 $ de l'heure par personne participant au Centre d'activités. Cette mesure débuterait aussi la prochaine année financière.

- D'autres sources de financement plus immédiates sont nécessaires et des démarches ont été entreprises auprès des entreprises et des cercles d'entraide de la collectivité; il en est de même des loteries.

5. ÉVOLUTION DES PROGRAMMES DE BÉNÉVOLAT

- L'infrastructure du programme de bénévolat et le Centre de santé mentale émane de la collectivité.

- Le programme de bénévolat a souvent sa propre orientation, indépendamment des besoins perçus par le centre de santé mentale.

- Le programme de bénévolat est dirigé par un organisme indépendant dont l'administration, les fonds et le conseil d'administration lui sont propres.

- L'union du centre de santé mentale et de l'organisation de personnes bénévoles est le résultat des buts qu'ils partagent, et elle est fondée sur une planification intensive et la détermination précise des rôles.

- Il peut s'établir des liens administratifs officiels entre les deux organismes, y compris le partage des fonds, des locaux, des représentants au conseil et même de l'administration.

- Le financement est un problème permanent. Toutes les sources de financement devraient être sondées.

Pièges à éviter

- S'assurer que la communication entre le centre de santé mentale et l'organisation des personnes bénévoles se fait de façon ouverte et constante. Ne rien bousculer.

- Ne pas étendre exagérément l'organisation des personnes bénévoles, plus particulièrement en termes de ressources de main-d'oeuvre et de finances. Il est important d'offrir un bon programme limité, plutôt que d'être trop ambitieux et de voir le programme échouer.

- Le moral des personnes bénévoles est important.

- Ne pas laisser le professionnel du centre de santé mentale administrer le programme de bénévolat; cette personne n'aura tout simplement pas le temps ou l'énergie nécessaires. Le programme devrait disposer de sa propre administration.

- Établir un programme de formation permanente réaliste.

- Choisir les personnes appropriées pour diriger le programme. La condition préalable essentielle devrait être l'aptitude à entretenir de bons rapports avec les personnes bénévoles.

- Éviter que les structures du programme soient trop lâches; les personnes bénévoles non formées ont besoin de structures et de direction. Le processus de sélection préliminaire est important.

- Mettre de nouveau l'importance sur les communications permanentes et ouvertes entre le centre de santé mentale et l'organisation des personnes bénévoles.

6. RECRUTEMENT ET FORMATION DE PERSONNES BÉNÉVOLES

Quesnel

Recrutement

- Bouche à oreille
- Publicité (endroits publics, journaux)
- Églises, groupes communautaires
- Télévision et radio

Formation

Séance d'orientation au bureau du Programme d'aide d'urgence.

- Une occasion pour la future personne bénévole de se renseigner sur le programme.
- Une occasion pour le directeur du Programme d'évaluer la nouvelle personne bénévole et de décider si elle est apte à exécuter ce genre de travail.

Une séance avec le groupe existant de personnes bénévoles.

- Procédures relatives au Programme d'aide téléphonique d'urgence
- Compétences de base en matière d'écoute
- Appels fréquents d'un même client
- Études de cas
- Dramatisation (jeux de rôles)

Une séance avec le personnel du Centre de santé mentale

- Définition d'une "crise" et d'une "intervention en cas de crise"
- Dépression
- Suicide
- Dramatisation (jeux de rôles)

Formation permanente

- Les personnes bénévoles sont encouragées à prendre part à tout atelier ou colloque relatif à la santé mentale.
- Les personnes bénévoles sont toujours invitées à participer aux séances de formation organisées par le Centre d'intervention d'urgence de Prince George.

- Au cours de chaque réunion mensuelle des personnes bénévoles, un membre de la collectivité parlera d'un sujet relatif à la santé mentale.

- Toutes les personnes bénévoles qui sont intéressées à prendre part à d'autres programmes d'aide d'urgence (consultation en tête-à-tête) peuvent suivre un cours de formation intensif de 12 semaines au Centre de santé mentale.

Formation permanente (Williams Lake)

- Réunions régulières du personnel

- Ateliers sur l'intervention d'urgence, le stress, la consultation matrimoniale

- Participation à des ateliers dans d'autres communautés

- Lectures et supervision

- Introduction à d'autres organismes communautaires

- Possibilité pour les personnes bénévoles de s'aventurer dans des domaines différents lorsqu'elles deviennent plus compétentes.

Après avoir passé six mois au Centre de consultation et d'intervention d'urgence, les personnes bénévoles reçoivent un certificat de l'ACSM, en reconnaissance de leur travail et de leur engagement.

APERÇU DU PROGRAMME DE FORMATION DES PERSONNES BÉNÉVOLES

1. Introduction/participation

2. Capacités de communication

3. Connaissance de soi:
   - Examen de ses propres valeurs
   - Niveau primaire d'empathie et d'authenticité requises
   - Expression de ses propres sentiments: aspects concrets

4. Intervention d'urgence

5. Capacités de solution de problèmes

6. Éveil du client à des structures de référence différentes

7. Première entrevue (y compris la dramatisation)

8. Alcoolisme: - Centre de traitement; évolution de l'habitude; aide aux familles d'alcoolique; dramatisation

9,10. Intervention en cas de suicide et suivi (y compris dramatisation)

11. Introduction au Centre.

RECOMMANDATIONS

1. Que le ministère de la Santé, et plus particulièrement le service en charge des programmes de santé mentale, s'engage à financer de façon permanente les programmes de bénévolat et d'autres services de soutien centrés sur la collectivité.

2. Que le ministère de la Santé accepte le modèle selon lequel les services bénévoles privés centrés sur la collectivité sont intégrés aux centres de santé mentale, et que ceux-ci bénéficient de liens administratifs officiels et locaux communs.

3. Que la description des fonctions des professionnels de la santé mentale en milieu rural mettent particulièrement l'accent sur l'importance d'aider et d'appuyer les membres de la collectivité qui fournissent des services de santé mentale.

4. Que les professionnels de la santé mentale en milieu rural soient encouragés à tirer parti activement des ressources locales et des sources de soutien du programme au sein de la collectivité, et que cet aspect soit reconnu comme un élément de sa description de fonctions.

5. Que le service provincial de santé mentale dispense au personnel régional une formation et une orientation permanentes pour ce qui est de créer et de favoriser des programmes de bénévolat dans le domaine de la santé mentale qui soient centrés sur la collectivité.

PROBLÈMES DE FIXATION DES LIMITES - SURVIE PROFESSIONNELLE DU TRAVAILLEUR INDIVIDUEL DE LA SANTÉ MENTALE

Barry Stein, Ph.D.
Services de santé mentale de la Colombie-Britannique
Port Hardy (Colombie-Britannique)

SOMMAIRE

Le présent article porte sur trois grandes questions: 1) pourquoi fixer des limites? 2) quelles sont les compétences particulières dont a besoin le travailleur de la santé mentale pour fixer des limites? et 3) comment déterminer où s'arrêter? Le Docteur Stein identifie les facteurs clés qui entrent en jeu dans la réponse à ces questions, soulignant que les travailleurs de la santé mentale en milieu rural doivent déterminer les paramètres du service qu'ils fournissent en fonction de: 1) la compétence professionnelle ou personnelle, 2) les besoins de la collectivité et 3) les groupes ressources. Enfin, l'article met l'accent sur la nécessité d'informer la collectivité au sujet des services exacts qui seront dispensés. L'article est suivi d'un document (annexe 1) établi par le docteur Stein pour le Centre de santé mentale où il travaille, qui démontre, à l'aide d'un modèle, comment informer la collectivité des services que dispense le Centre de santé mentale.

Atelier

La fixation des limites est un élément important pour les professionnels de la santé mentale en milieu rural, car il s'agit d'un facteur stressant potentiel. Selon le "modèle homéstasique", le stress peut être insuffisant, optimal ou excessif. Le stress excessif ou insuffisant influe négativement sur le rendement.

Le Schéma 1 résume les rapports entre le stress et le fonctionnement sur trois grands plans: personnel, interpersonnel, et collectif. Le stress insuffisant occasionne au sein de l'organisme une "sous-charge" qui peut entraîner un sentiment de non-productivité, le désoeuvrement et le mécontentement au travail; l'aliénation et l'apathie; et la non-satisfaction des attentes sur le plan collectif. Le stress excessif occasionne une surcharge du système qui entraîne une fatigue généralisée, l'obsession du travail, des buts grandioses, des tendances de "type A", et l'incapacité de répondre à des attentes excessives sur le plan collectif. Le stress optimal, cependant, permet de fournir un rendement maximal au travail, et de fixer des buts concrets et réalistes; d'entretenir des liens professionnels et personnels étroits, et de répondre à des demandes réalistes sur le plan collectif.

Pour fonctionner d'une manière optimale il faut s'adapter de façon efficace au stress. Coleman (1977) a indiqué que la démarche à suivre

en cas de stress nécessite: 1) une évaluation précise du facteur stressant; 2) la formulation de solutions de rechange; 3) la décision de la ligne de conduite à suivre et sa mise en application; 4) l'étude des rétroactions pour déterminer le succès ou l'échec. L'information inadéquate, la mauvaise utilisation du temps, la sursimplification et les réactions affectives et défensives (Coleman, 1979) sont certaines raisons qui expliquent une adaptation inefficace au stress.

Ces éléments indiquent qu'il est nécessaire de posséder certaines compétences afin de faire face d'une manière efficace aux agents stressants, et, par conséquent, d'être en mesure de fixer des limites. Voici quelques-unes de ces compétences nécessaires: gestion du temps (Lakein, 1973); fixation de buts (MacLean, Stuart et Wilson, 1980a); affirmation de soi (Fensteinheim et Baer, 1975; Smith, 1975); et efficacité sociale (Hicks et Lillibridge, 1980; MacLean et autres, 1980b).

Si le professionnel ne fixe pas de limites, ni la collectivté ni le professionnel ne seront satisfaits. En outre, le professionnel est susceptible de souffrir d'une certaine confusion de rôles, comme l'illustre la bande dessinée de Feiffer.

Ce sont les limites qui définissent les rapports. Elles servent à rappeler à la collectivité sa responsabilité vis-à-vis de ceux qui la composent, vis-à-vis du professionnel et vis-à-vis de leurs rapports mutuels. Les limites dépendent en fin de compte des "éléments donnés" d'une situation.

Ce sont ces éléments donnés qui doivent être déterminés avant de pouvoir fixer des limites. Les éléments suivants sont des facteurs qu'il est essentiel d'apprendre avant de fixer des limites: 1) besoins de la collectivité; 2) ressources de la collectivité; 3) ressources non exploitées; 4) exigences du poste; 5) lacunes du service.

Voici la marche à suivre recommandée pour obtenir ces renseignements:

1. Exécuter une évaluation officielle des besoins.

2. Rencontrer à titre professionnel d'autres employés des services sanitaires et sociaux.

3. Rencontrer des groupes communautaires.

4. Rencontrer des travailleurs non professionnels qui possèdent peut-être des "ressources inexploitées".

5. Établir et tenir à jour un guide des ressources communautaires qui soit largement diffusé.

6. Étudier les caractéristiques des postes et les objectifs de l'organisme.

7. En collaboration avec d'autres groupes et organismes de la collectivité, déterminer les lacunes sur le plan des ressources.

Le professionnel de la santé mentale en milieu rural devra maintenant être en mesure de décider quels services il fournira. Cette décision est fondée sur les points suivants: 1) compétences personnelles, 2) besoins de la collectivité et 3) lacunes (relevées) au niveau des ressources. En dernier lieu, les organismes compétents et la collectivité devraient être informés des services qui seront ou ne seront pas fournis. (Il peut être nécessaire d'examiner et de réviser annuellement les services fournis.)

Cela causera certaines déceptions, mais il est impossible de servir tous et chacun. Si vous avez suivi soigneusement la marche à suivre recommandée, votre service sera vraisemblablement perçu comme nécessaire, souhaitable, visible et efficace. Que pourriez-vous demander de plus?

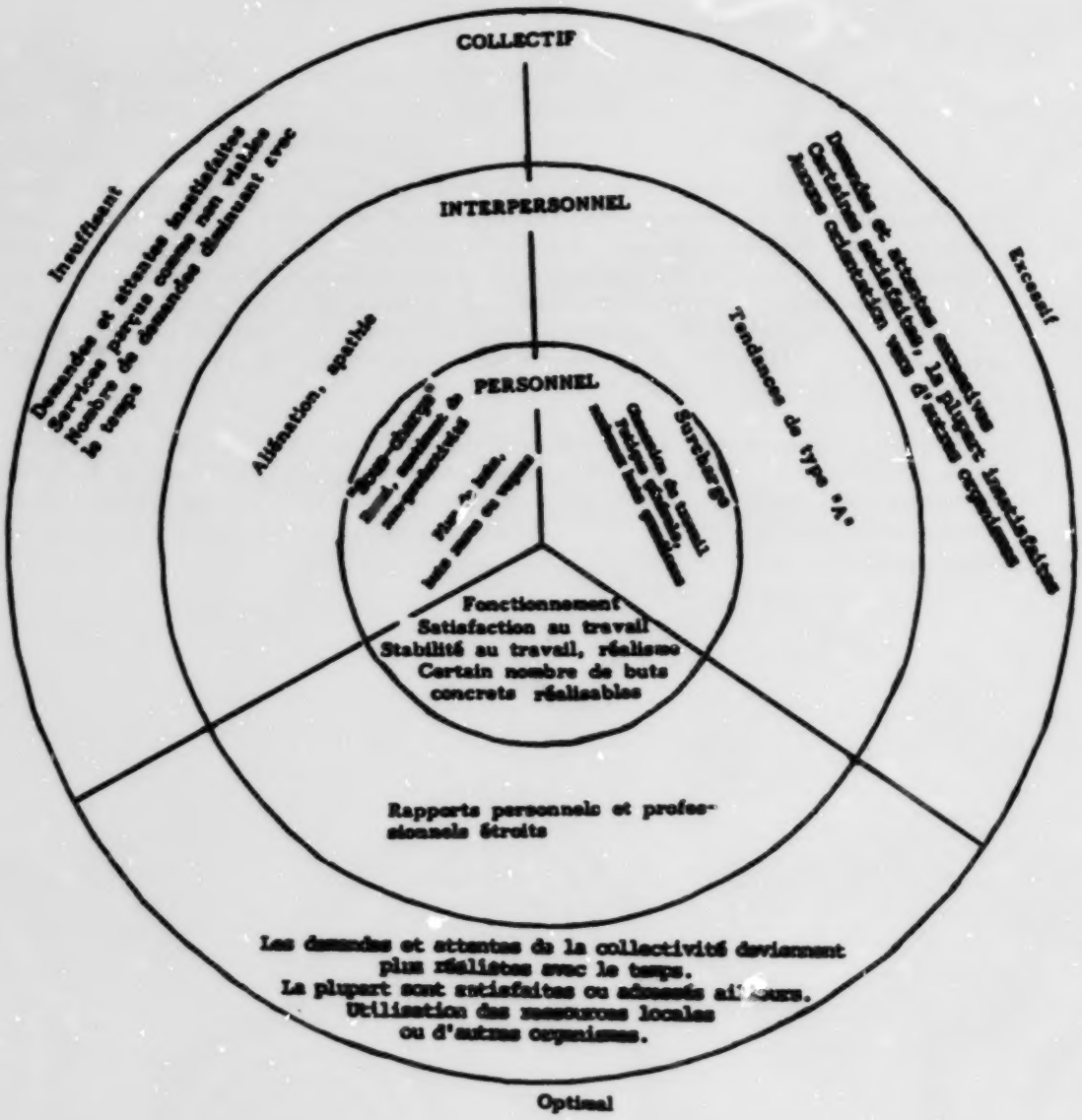
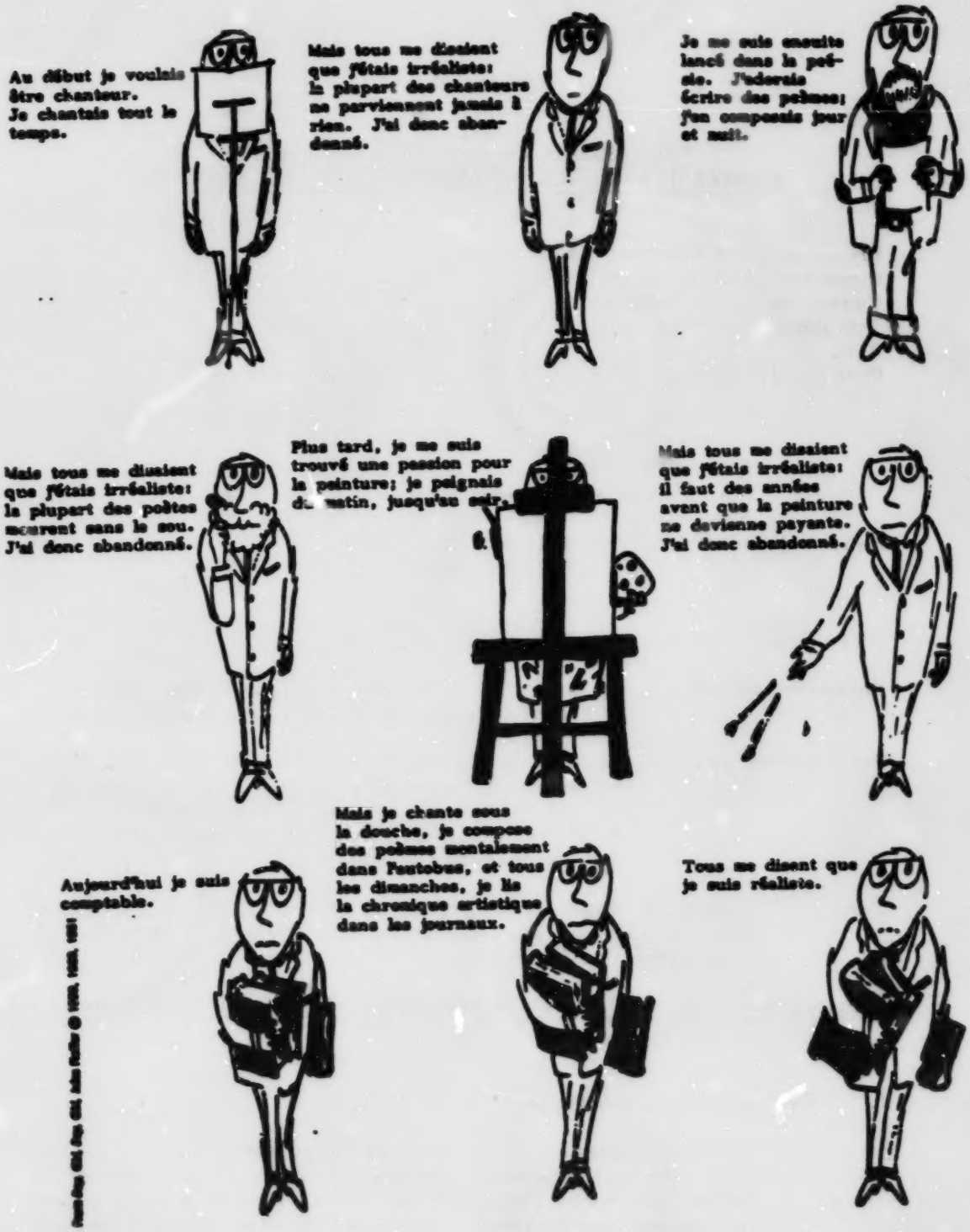


Schéma 2: Niveaux de stress et résultats possibles sur trois plans: personnel, interpersonnel et collectif



Tirée de BOY, GIRL, BOY, GIRL avec l'autorisation de l'auteur, Jules Feiffer, c 1959, 1960, 1961 (traduction française non officielle)

"PROBLÈMES DE FIXATION DE LIMITES"
ANNEXE 1: MODÈLE DE DESCRIPTION DES SERVICES

Province de la Colombie-Britannique
Ministère de la Santé
Centre de santé mentale
Ambulance Building
B.P. 171
Port Hardy (C.-B.)
V0N 2P0

CENTRE DE SANTÉ MENTALE DE NORTH ISLAND (Mise à jour)
Entrée en vigueur: 1er septembre 1981

Heures d'ouverture: 9 h à 18 h lundi-jeudi
19 h à 22 h mardi

Téléphone: 949-8132

Personnel actuel: Dr Barry M. Stein (psychologue à plein temps)
Mlle Betty M. Evans (secrétaire à temps partiel)

Pour rendez-vous: Appeler le Centre le lundi ou le jeudi, le matin, ou le mardi toute la journée. (Il est prévu que les lundis seront consacrés à servir Port McNeil et Port Alice, où il sera aussi possible d'obtenir des rendez-vous le soir.)

Tarif: Comme il s'agit d'un organisme financé par la province, aucuns frais ne sont demandés aux clients. Les services sont payés par les impôts.

Services actuellement dispensés - Séances privées d'environ 45 minutes

I. Évaluation psychologique

A) Neuropsychologie - Évaluation de la présence ou de l'absence d'un dysfonctionnement cérébral, à l'aide d'une batterie de tests. Le temps disponible ne permet parfois que de passer un examen préliminaire. Seuls les adultes peuvent se prévaloir de ce service. Les enfants doivent être adressés à d'autres organismes de l'Île de Vancouver (par exemple, Duncan) ou dans le sud de la province (par exemple, Vancouver).

B) Personnalité (trois séances) - Évaluation des traits normaux de la personnalité, ainsi que des troubles psychologiques. Service offert et aux enfants et aux adultes, et demandant au moins trois heures d'examens (minimum de deux entrevues).

C) Examen de l'état mental (une ou deux séances) - Évaluer la présence ou l'absence de troubles psychiatriques. Service offert seulement à la demande d'un médecin ou sur ordre d'un tribunal.

II. Thérapie: permet d'aider les particuliers à mieux faire face à leurs problèmes

A) Thérapie individuelle

B) Maîtrise de soi/adaptation au stress: pour les troubles liés au stress (hypertension, ulcères, etc.)

C) Thérapie familiale et conjugale

C'est la nature du problème qui détermine le genre de thérapie.

III. Consultations

A) Entre organismes - Conseils et recommandations à d'autres organismes gouvernementaux offrant des services au public.

B) Professionnels et organismes - Il est aussi possible de dispenser des conseils à des professionnels (par exemple, des médecins) sur des questions de santé mentale.

IV. Formation et ateliers

A) Les Services de santé mentale organisent des ateliers à l'intention des collectivités locales. Des conférenciers provenant d'autres régions viendront cette année à North Island.

B) Le Dr Stein s'occupe actuellement de mettre au point un projet pilote visant à coordonner l'utilisation des modules de Life Style Self-Help, créés par l'Association canadienne pour la santé mentale.

V. Services non dispensés

A) Services d'urgence en dehors des heures de travail

B) Services préventifs

C) Examens psycho-éducatifs

D) Examens professionnels

VI. Voici quelques problèmes caractéristiques traités au Centre:

A) Dépression

B) Anxiété (agitation, sommeil perturbé, etc.)

C) Troubles liés au stress

D) Peurs irrationnelles, phobies

E) Troubles du comportement et problèmes d'adaptation

F) Mésententes familiales et conjugales

G) Troubles d'ordre sexuel (y compris le dysfonctionnement)

Pour de plus amples détails sur les services fournis, veuillez appeler le Dr Stein ou Mlle Evans. Il est à noter que le Centre a la responsabilité de servir une région qui correspond approximativement à celle du district scolaire nº 85. Comme le Centre ne dispose des services que d'un employé professionnel, les clients ne peuvent pas toujours obtenir un rendez-vous immédiatement. Les rendez-vous doivent être pris avant d'arriver au Centre. Si l'un de ces services pouvait aider une personne de votre connaissance ou vous-même, veuillez communiquer avec le Centre. Dans la plupart des cas, il faut attendre une semaine pour le rendez-vous.

Bibliographie

1. Coleman, J.C. Contemporary Psychology and Effective Behaviour. Glenview: Scott, Foresman and Company, 1979.

2. Fensterheim, H. et Baer, J. Don't Say Yes When You Want to Say No. New York: Dell Publishing Co., 1975.

3. Hicks, D. et Lillibridge, M. Social Effectiveness Training. Tulsa, Oklahoma: Affective House, 1980.

4. Lakein, A. How to Get Control of Your Time and Your Life. New York: Signet, 1973.

5. Mahoney, M.J., et Thoresen, C.E. Self-Control: Power to the Person. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1974.

6. McLean, P.D., Stuart, R.B. et Wilson, R.F. Building Greater Self-Satisfaction. Vancouver: CMHA 1980a.

7. Ibid Social Effectiveness. Vancouver: CMHA, 1980b.

8. Selye, H. Stress Without Distress. New York: Lipincott, 1972. (Stress sans détresse, éditions La Presse, 1974.)

9. Shera, E. Rural Social Work Forum: Conference Proceedings. Victoria, B.C.: 26 et 27 février 1979.

10. Smith, M.J. When I Say No I Feel Guilty. New York: Bantam Books, 1975.

CHAPITRE III: "LA CONTINUITÉ DES PROGRAMMES"

Rédacteur: J.L. Kyle, Ph.D.
Directeur du Centre de santé mentale
Courtenay (Colombie-Britannique)

REMARQUES SUR LA CONTINUITÉ DES PROGRAMMES*

J.L. Kyle, Ph.D.
Directeur du Centre de santé mentale
Courtenay (Colombie-Britannique)

Une conférence sur la santé mentale réunissant des planificateurs et des administrateurs dans le domaine des politiques de santé mentale, des professionnels oeuvrant sur le terrain ainsi que des bénévoles constitue une occasion unique de faire une étude constructive des questions entourant l'établissement des programmes de santé mentale en milieu rural. La partie de la présente conférence consacrée à la continuité des programmes touche à tout un éventail de questions en rapport avec l'élaboration des programmes, notamment le mélange d'exigences d'ordre politique, économique et professionnel en cause dans l'élaboration des politiques, les tentatives faites par les professionnels locaux pour transformer ces politiques en services communautaires et la participation des bénévoles aux efforts visant à rendre ces services à la fois pertinents et accessibles. Cette partie du manuel comprend des exemples de recherches appliquées faites sur le terrain, des considérations en rapport avec la planification des politiques ainsi que des exemples de programmes communautaires. Ce mélange d'orientations nous permet une vision plus large des contraintes et des facteurs qui influent sur les décisions des responsables des programmes de santé mentale en milieu rural. J'espère que les questions qui seront débattues sous ce thème nous amèneront tous à chercher des méthodes plus efficaces pour favoriser la continuité et l'amélioration des programmes de santé mentale en milieu rural.

Si les travailleurs de la santé mentale veulent vraiment que leurs programmes subsistent, il serait bon qu'ils se familiarisent avec les facteurs susceptibles d'influencer ceux qui élaborent les politiques et prennent les décisions. Selon Stan Remple, ces facteurs appartiennent à quatre grandes catégories: les finances, la politique, le domaine socio-culturel et l'administration. Dans un monde idéal, ces quatre grandes réalités seraient complémentaires et la logique règnerait. Mais nous ne sommes pas surpris d'entendre Monsieur Remple nous dire qu'il n'en est pas ainsi. Ce dernier identifie une série d'éléments qui font partie de ces réalités et qui influencent sur les planificateurs et les responsables de l'élaboration des politiques de façon divergente et parfois même contradictoire.

Bien que, selon l'auteur lui-même, il ne s'agisse que d'une étude pilote, le travail de Alan Rendle démontre clairement le rôle important que devrait jouer le personnel des centres locaux de santé mentale dans l'évaluation de leurs programmes et de leurs services. Monsieur Rendle a étudié la pertinence des cinq services de santé mentale prétendus essentiels dans les régions rurales. Bien que ses conclusions ne soient

---

* Introduction rédigée par le rédacteur

que provisoires, elles sont intéressantes et donnent lieu à la réflexion. L'étude de Monsieur Rendle illustre l'expertise en matière de recherche et d'évaluation au niveau local. Cet exemple est particulièrement pertinent en Colombie-Britannique puisque selon les "autorités", la recherche n'a jamais vraiment fait partie du rôle des centres de santé mentale.

Selon Cameron, la stabilité des programmes de santé mentale en milieu rural dépend de cinq facteurs fondamentaux. L'élaboration des différents éléments qui composent ces cinq facteurs permettra de mettre à la disposition des directeurs des centres de santé mentale qui désirent évaluer leurs propres programmes, une quantité considérable de renseignements utiles. Par exemple, Cameron énumère plusieurs facteurs essentiels à l'établissement et au maintien de réseaux communautaires efficaces. La stabilité d'un programme en milieu rural dépend aussi de la façon dont la communauté perçoit la compétence professionnelle, et les rôles des membres du personnel. Une autre condition essentielle au succès des professionnels consiste à harmoniser les attentes communautaires et les attentes individuelles en ce qui a trait au mode de vie. Cameron parle de l'effet perturbateur des changements de politique effectués fréquemment par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique sur la stabilité des programmes. Un de ces changements a été effectué récemment. Nous ne pouvons que soupçonner la direction qu'auraient pu prendre ces réorganisations si l'on avait accordé plus de responsabilité au personnel régional en ce qui concerne les activités de recherche appliquée, notamment l'analyse des profils communautaires ou l'évaluation des programmes.

Thompson et Barr étudient la stabilité des programmes sous l'angle du problème d'attirer et de garder le personnel dans les régions rurales. Leur analyse donne lieu à un certain nombre de recommandations importantes. Par exemple, on ne doit pas être moins exigeant sur le plan des normes cliniques ou professionnelles lorsqu'on recrute du personnel pour les régions rurales. Il faut également offrir au personnel des régions rurales plus d'appui et plus d'occasions de se perfectionner. Leurs recommandations sont pratiques et réalisables et devraient être sérieusement considérées par les cadres supérieurs comme des moyens de lutter contre le problème chronique que constitue la difficulté de recruter et de garder du personnel qualifié dans les régions rurales.

Avec l'habile petite recette de Brown sur l'utilisation efficace des médias, nous passons aux exemples de créativité locale dans le domaine de la prestation de services communautaires pertinents en santé mentale.

Les mémoires présentés par Hutton, Rathwell et Hellon ainsi que par McIntyre ont un thème commun, à savoir la nécessité absolue pour les centres communautaires de santé mentale de devenir des chaînons

fonctionnels du réseau communautaire et d'éviter de s'isoler dans leur tour d'ivoire s'ils veulent vraiment jouer leur rôle en tant que ressource communautaire. Les travailleurs de la santé mentale en milieu rural doivent se réjouir de leur compétence professionnelle, mais ils ne peuvent se permettre d'adopter une attitude élitiste. Ces mémoires mettent clairement en évidence l'efficacité d'une union des ressources humaines, dans laquelle les membres du personnel des centres communautaires de santé mentale sont un élément essentiel, mais pas nécessairement les seuls "experts".

Dans son mémoire, Devlin nous rappelle d'être sensible aux conséquences néfastes que peuvent entraîner l'incompréhension et l'ignorance quant à la diversité entre les valeurs et les habitudes appartenant à différentes cultures.

Que nous apportera ce chapitre? Il semble qu'à l'avenir, nous devrons probablement accomplir plus de travail avec des moyens plus limités. Les subventions disparaîtront peut-être, mais la demande de services ne diminuera pas pour autant. Les services de santé mentale en milieu rural continueront de faire partie de la vie de la communauté. De plus, la communauté en général croit que les services disponibles devraient s'adresser à toute la population de toute évidence; ces attentes entrent en conflit avec les restrictions budgétaires actuelles et prévues. Par conséquent, pour obtenir davantage avec des moyens réduits nous devrons apprendre à perfectionner les méthodes que nous utilisons pour défendre les programmes existants et en recommander de nouveaux. Une façon d'y arriver consiste à trouver des alliés à l'extérieur du réseau gouvernemental. Une autre façon consiste à se familiariser avec le langage utilisé par les bureaucrates lorsqu'il s'agit de définir les besoins d'un programme. Également, il pourrait être utile d'exiger que les équipes oeuvrant dans les centres locaux de santé mentale mènent des recherches appliquées communautaires et des analyses d'évaluation en plus grande quantité et de meilleure qualité. Nous espérons que la présente conférence stimulera l'interêt des chercheurs dans cette voie.

LA CONTINUITÉ DES PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL

Stan Remple*

L'existence de la Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural et la réaction qu'elle succite démontrent clairement l'intérêt soutenu dont est l'objet la question des services de santé mentale dans les régions rurales. Comme je suis un ardent partisan de la santé mentale en milieu rural, je suis très heureux de participer à la présente rencontre. À mon avis, ce genre de conférence constitue un pas dans la bonne direction puisqu'elle donne lieu à des discussions utiles concernant la santé mentale dans les régions rurales.

Le présent chapitre porte sur la continuité des programmes de santé mentale en milieu rural. L'emploi du terme "continuité" laisse croire que les tendances actuelles sont quelque peu inquiétantes. Il me semble qu'en tant que travailleurs de la santé mentale en milieu rural vous devez faire face à deux grands problèmes. Le premier est l'anxiété croissante provoquée par la difficulté d'obtenir des fonds pour assurer l'établissement ou l'amélioration des services de santé mentale dans les régions rurales, et l'autre est l'injustice qui prévaut dans l'attribution des fonds aux services de santé mentale, les régions urbaines étant nettement favorisées par rapport aux régions rurales. J'aimerais vous parler de ces questions.

Je ne travaille plus directement dans le domaine des services de santé mentale en milieu rural et les postes que j'ai occupés ces dernières années m'ont probablement permis de voir les choses d'un autre oeil sur le plan administratif; j'aimerais partager ce nouveau point de vue avec vous. Lorsqu'on parle de continuité des programmes, il faut prendre en considération quatre grands "domaines d'activité": les domaines économique - financier, politique, socio-économique et administratif. J'espère que l'analyse que je me propose de faire de ces différents domaines vous permettra de mieux comprendre le processus susceptible d'assurer une meilleure chance de survie aux programmes de santé mentale dans les régions rurales.

---

* Tiré de l'allocution principale prononcée le 16 septembre 1981 à la Conférence des provinces de l'Ouest sur la santé mentale en milieu rural. M. Remple qui était alors haut fonctionnaire au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique est maintenant sous-ministre adjoint responsable des services de santé communautaire dans ce même ministère.

Le domaine économique et financier

Nous savons tous qu'à certains égards notre situation économique se détériore. Si nous considérons ce que nos salaires nous permettent maintenant d'acheter, nous nous rendons compte que nous avons perdu une bonne partie de notre pouvoir d'achat. Tous les jours, nous sommes en butte à la difficulté de boucler notre budget, et il en est de même pour les gouvernements. Il est vrai que si on les compare à d'autres régions, les quatre provinces de l'Ouest ne sont pas en si mauvaise posture. Mais nous faisons partie d'un vaste ensemble et la situation qui prévaut dans ce grand ensemble finira tôt ou tard par nous toucher nous aussi. Nous avons la chance de pouvoir anticiper les effets d'une détérioration de l'économie et d'adopter des stratégies qui nous permettront d'éviter certains problèmes.

À l'heure actuelle, les gouvernements ont de plus en plus de difficulté à réconcilier les revenus et les dépenses. Si, en plus, un gouvernement s'engage à équilibrer son budget, le problème devient encore plus aigu. Il n'y a pas d'autre choix que d'adopter une stratégie fondée sur la réduction des dépenses. Les aspects fondamentaux de cette situation ne peuvent être facilement modifiés.

Par conséquent, qu'arrive-t-il aux graves réalités auxquelles nous sommes confrontés face à ce contrôle des dépenses? Nous devons tout d'abord affronter très rapidement les attentes du public. Si, collectivement, nous continuons à exiger de plus en plus de nos gouvernements, nous allons créer chez ceux-ci de véritables dilemmes. Les gouvernements veulent satisfaire les besoins de la population et c'est pourquoi ils essaient de répondre aux attentes. Mais comment répondre aux attentes du public tout en restant dans les limites du budget? D'une façon ou d'une autre, il va nous falloir inventer de nouveaux mécanismes qui nous permettront de réconcilier ces réalités contradictoires.

Selon certains signes, la situation financière actuelle a plus d'effets négatifs chez les habitants des régions rurales que chez ceux des milieux urbains. Des recherches récentes laissent croire que la réalité économique en tant que facteur de stress revêt une plus grande importance dans les communautés rurales que dans les communautés urbaines. Si cela est vrai, il n'est pas impossible que nous découvrions qu'il existe dans les régions rurales plus qu'un problème financier.

En période de restriction budgétaire, on peut probablement s'attendre à ce que les budgets reflètent l'inflation. En général cependant, je ne pense pas que nous puissions envisager pour bientôt une véritable augmentation en dollars. Cela cause des problèmes, mais même lorsqu'on est acculé au pied du mur et que l'argent se fait rare, il reste beaucoup de choses qu'on peut faire avec un peu d'imagination et de créativité. J'espère que nous pourrons continuer à compter sur des

subventions adéquates, mais en attendant, je crois fermement que nous devons développer davantage les groupes et les activités d'entraide; à mon avis, cette stratégie de service n'est pas explorée comme elle mériterait de l'être et nous avons maintenant une "chance" de la mettre à l'essai.

On m'a dit qu'un certain nombre d'entre vous font déjà des choses extrêmement intéressantes dans ce domaine. Je vous encourage donc à continuer de chercher des façons originales pour développer et mettre sur pied des réseaux d'aide mutuelle et des groupes d'entraide. Cette façon de procéder me semble particulièrement adaptée aux communautés rurales où les "réseaux naturels de soutien" sont très répandus. Dans les petites communautés, les gens discutent d'une foule de choses; il arrive souvent qu'on commence par parler des choux du potager pour passer ensuite à d'autres sujets et de là en arriver à une solution concernant un problème.

Lorsque la communauté demande notre intervention en tant que professionnels, nous devons insister sur le fait que cette intervention sera de courte durée. Nous devons voir à ce que la personne qui a nécessité une intervention de notre part retourne le plus rapidement possible dans son réseau social; nous devons permettre à la communauté de lui apporter l'appui qui assurera son bien-être. L'utilisation maximale des réseaux de soutien sociaux existants constitue à mon avis une autre façon de promouvoir la survie des programmes.

Une autre question connexe concerne la façon dont les responsables utilisent les ressources humaines dont ils disposent. Lorsque c'est possible, je crois que nous devons placer les travailleurs les plus compétents au niveau de la prise d'accueil. Je suppose que cette suggestion ne ralliera pas l'accord de tous; lorsque je travaillais en clinique, je préférais m'occuper du traitement, la prise d'accueil étant souvent considérée comme assez peu importante. Mais si nous voulons tirer le maximum des ressources à notre disposition, nous devons les utiliser au point le plus critique; et s'il faut pour cela utiliser notre personnel le plus compétent pour faire l'évaluation initiale des clients, nous devons le faire. Cette façon d'utiliser le personnel est à mon avis efficace et profitable.

Il ne faut pas compliquer le problèmes des habitants des régions rurales. Il me semble qu'on peut résoudre beaucoup de difficultés de base par une intervention simple, notamment en conduisant le client concerné au magasin ou en causant avec lui de sujets qui ne semblent pas nécessairement liés à son problème, mais qui, à la longue, peuvent s'avérer utiles. C'est l'empathie que je voudrais promouvoir.

Je crois qu'il est aussi très important que nous mettions davantage l'accent sur la psychologie comportementale lorsque nous

étudions les objectifs de nos interventions. Cela est surtout conséquent en milieu rural où les gens veulent retourner dans leur communauté dès qu'ils auront réglé leur problème. L'indépendance réaliste est une qualité.

Le domaine politique

Chaque fois que vous limitez les fonds disponibles, vous créez, par conséquent, des tensions et des conflits additionnels. Les conflits et les tensions ne sont pas toujours nécessairement négatifs; ils ont également de bons côtés. C'est notre réaction face à ces conflits et à ces tensions qui crée un problème.

Je ne vous apprends rien lorsque je dis qu'il est difficile de mobiliser l'enthousiasme du public pour la santé mentale. Il n'existe pas chez nos clients de groupes organisés comme on en trouve souvent dans les autres domaines de la santé. Cela est très important parce que notre système politique fonctionne à partir des pressions et de l'appui exercés par les électeurs. C'est de ce processus que découlent les décisions concernant l'allocation des fonds disponibles.

Je suis d'avis que, parfois, nous nous épuisons inutilement à essayer de faire des pressions en faveur de la santé mentale. Évidemment, nous devons le faire, mais nous risquons de faire trop de zèle, d'aller au-delà des limites réalistes qui ne peuvent être dépassées. Il faut pousser, mais il faut aussi accepter que la décision n'aille pas toujours dans le sens de nos préférences.

Notre système politique est loin d'être parfait et nous devons poursuivre nos efforts pour l'améliorer. Lorsqu'on examine les groupes de pression, on constate rapidement que ceux qui se portent à la défense de nos clients sont les professionnels de la santé eux-mêmes, et je les félicite. J'espère qu'ils vont persévérer. Mais j'aimerais cependant faire la mise en garde suivante: vu le nombre de moyens de pression qui existent au sein du système, les professionnels qui sont également fonctionnaires, doivent veiller à agir de façon responsable et à s'unir le plus efficacement possible. J'ai constaté lorsque j'étais au Conseil du Trésor, et je constate encore aujourd'hui au ministère de la Santé, qu'un bon nombre de professionnels perdent une énergie considérable à des questions d'organisation. En ce qui concerne les résultats, les professionnels sont divisés; s'ils réglaient ce problème, ils exerceraient beaucoup plus d'influence.

J'aimerais aussi faire une observation au sujet des demandes de ressources destinées à la prévention primaire ou secondaire. Malheureusement trop souvent, à mon avis, nous agissons comme des "Croisés": nous sommes convaincus de la nécessité d'organiser des services de prévention, mais nous ne savons pas vraiment vendre cette idée aux autres. Pour justifier notre position il ne suffit pas de dire que les services de prévention constituent une "bonne idée". Lorsque j'étudie les demandes de subventions présentées au Conseil du Trésor par

exemple, je suis parfois étonné devant le genre de renseignements fournis pour appuyer une demande de fonds. Dans notre société occidentale, nous devons généralement justifier l'allocation de fonds à des fins préventives. Cela présente un défi de taille. Cela veut aussi probablement dire que nous devrions diminuer un peu nos pressions en vue d'obtenir des fonds jusqu'à ce que nous possédions plus de données solides. Lorsque nos demandes de fonds ne sont pas appuyées par de solides données de base, nous perdons très rapidement toute crédibilité aux yeux des politiciens. Ils deviennent impatients et aliénés face aux personnes qui ont besoin de leur aide.

Les communautés rurales ont à faire face à un autre problème: celui de leur sous-représentation par rapport aux centres urbains. De là leur désavantage lorsqu'il s'agit d'obtenir des fonds. Pour minimiser ce désavantage, nous devons trouver de bons arguments contre les disparités et les injustices et déterminer certains des coûts sociaux croissants qu'ont à supporter les communautés rurales et qui ne constituent pas une charge pour les communautés urbaines. Ce genre de renseignements serait très efficace comme pièce justificative dans une demande de subvention.

Comme les régions rurales sont politiquement sous-représentées et que les professionnels qui oeuvent à l'intérieur du réseau peuvent difficilement faire de grandes pressions, il faudra que des groupes comme l'Association canadienne pour la santé mentale, qui ne sont pas des groupes gouvernementaux, acceptent de jouer un rôle de plus en plus important. Personnellement, je suis en faveur d'une participation beaucoup plus grande de l'Association canadienne pour la santé mentale dans ce processus.

Cela étant dit, il existe une dernière réalité qu'il est très important de reconnaître sur le plan politique. Les politiciens ont besoin de garder des fonds auxquels ils peuvent avoir accès dans des circonstances imprévues. Ces fonds d'urgence diminuent de plus en plus, et c'est pourquoi les ministres n'aiment pas qu'ils soient utilisés. Les professionnels doivent être au courant de ces faits lorsqu'ils font des pressions auprès du Ministère pour obtenir des fonds.

Le domaine socio-culturel

Comme je l'ai déjà mentionné, la santé mentale n'est pas une cause à laquelle le public se rallie volontiers. La santé mentale en général a une connotation péjorative. Dans les régions les plus reculées du monde, ces préjugés sont assez forts et relativement bien définis. N'hésitez pas à me le dire si vous n'êtes pas de mon avis, mais j'ai personnellement l'impression que ces préjugés face à la santé mentale sont plus forts chez les habitants des régions rurales que chez ceux des villes. Quand je parle des habitants des régions rurales je n'inclus pas les habitants des centres urbains qui sont allés vivre à la campagne.

Les ruraux ont des façons bien particulières de faire face à un grand nombre de leurs problèmes de santé mentale. D'une part, ils semblent accepter beaucoup plus facilement les comportements anormaux, mais d'autre part, je crois qu'il leur est difficile de traiter ces comportements d'une façon constructive parce que les attitudes sociales qui prévalent chez eux sont précisément celles qui alimentent les problèmes. À la ville comme à la campagne, tant que les gens peuvent solutionner leurs problèmes, ils ont plutôt tendance à se confier aux membres de leur entourage dans la communauté. Lorsqu'ils ont un problème grave qui nécessite de l'aide, ils préfèrent avoir recours à des services médicaux, notamment le psychiatre et les hôpitaux, au lieu de s'adresser aux services communautaires. On constate cependant que cela change graduellement. Nous devons respecter le choix des gens lorsque vient le temps de recourir à de l'aide. Ce genre de situation provoque souvent des rivalités professionnelles qui sont inutiles ou stériles.

Récemment, certaines déclarations concernant les objectifs prioritaires du gouvernement ont été faites en Colombie-Britannique: dans ces déclarations, on accordait la priorité aux services aux malades chroniques, suivie des services aux malades aigus, et enfin, en troisième place, venaient les services destinés à régler les problèmes d'adaptation. Jusqu'où pouvons-nous vraiment aller dans le domaine de la prévention primaire et secondaire? Je ne sais vraiment pas. Aux États-Unis, où le contrôle des dépenses se fait avec beaucoup plus de rigueur qu'ici, les programmes de prévention primaire et secondaire succombent l'un après l'autre. Je ne dis pas que c'est ce qui va se produire ici, mais ne soyons pas trop surpris si une telle tendance devait se manifester.

Le domaine administratif

Je voudrais aborder certaines questions concernant l'administration, les rapports entre les organismes et la gestion. Un bon nombre de personnes ont tendance à se fier à ce qu'elles appellent de "meilleures pratiques de gestion" pour résoudre les difficultés et pour faire face aux problèmes de financement. Il faut faire attention de ne pas dire que toutes les solutions résident dans de meilleures pratiques de gestion. Il est vrai qu'elles peuvent permettre d'élaborer de bonnes solutions, et c'est à cause de cela que je veux en examiner trois aspects avec vous: les pratiques de gestion générale, la gestion de la politique des programmes et la gestion de la prestation des services. Plus vous serez en mesure de répondre aux exigences dans ces domaines, plus vous aurez de succès dans vos tentatives en vue d'obtenir une part des ressources de plus en plus limitées.

(a) Gestion de politiques des programmes

Nous devons réexaminer notre véritable raison d'être en nous demandant quels sont les paramètres de notre action. Il est certain qu'il n'existe

pas de consensus à ce sujet aux différents paliers du réseau et c'est pourquoi nous allons rencontrer énormément de difficultés.

À mon avis, il est important de savoir qui prend les décisions; je veux parler ici des politiciens par rapport à la bureaucratie. Il est très facile pour ces derniers de devenir une sorte d'organisme préoccupé par ses propres intérêts et sa propre survie. Dans un ministère, il incombe aux hauts fonctionnaires de promouvoir le changement; mais pour changer les choses ils doivent connaître les préoccupations des gens qui œuvrent sur le terrain, savoir comment traduire ces préoccupations en politiques, connaître les avantages et les désavantages de ces politiques et essayer de prévoir les réactions à tous les échelons de la hiérarchie. Ces fonctionnaires supérieurs ont besoin d'entendre ce que vous avez à dire, mais vous devez traduire votre message de manière qu'il soit compris. Les hauts fonctionnaires ne doivent pas prendre de décisions en matière de politique sans avoir auparavant obtenu l'opinion des gens occupant des postes aux autres paliers de la hiérarchie.

La tâche des hauts fonctionnaires du ministère consiste à déchiffrer l'information reçue des travailleurs dans les différentes régions, à élaborer les politiques possibles, à en étudier les avantages et les désavantages et peut-être même à indiquer une préférence; mais le choix final est fait par le ministre lui-même et par ses collègues. En ce sens, le ministre est plus que jamais le principal administrateur. Dans la situation actuelle, le ministre dispose de moyens financiers plus limités et c'est pourquoi il est important qu'il dispose de plusieurs choix. À mon avis, les difficultés économiques actuelles suffisent à elles seules pour justifier la logique de ce processus décisionnel. Je reconnais que c'est loin d'être parfait, mais je ne connais pas de meilleure façon de travailler dans l'intérêt du public.

Lorsque nous entreprenons de nouvelles activités, nous devons nous préoccuper davantage d'analyser les politiques, de faire de la recherche et des projets pilotes sur ces politiques et de favoriser davantage l'échange des renseignements entre le personnel du bureau central et celui des régions. Il me semble que parfois nous perdons des subventions qui autrement nous seraient accordées parce que nous en demandons trop dans le contexte économique actuel. Si nous commencions par modérer nos ambitions, nous serions plus efficaces et notre crédibilité auprès des hauts fonctionnaires s'en trouverait améliorée.

Un bon nombre d'entre vous se demandent pourquoi les hôpitaux ont facilement accès aux ressources alors que les fonds consacrés à la santé mentale se font rares. D'après moi, il y a au moins deux façons d'expliquer les inégalités entre les subventions accordées aux programmes hospitaliers et celles dont bénéficient les services de santé mentale. Premièrement, lorsque je travaille à l'élaboration du budget et que je reçois une demande de subvention d'un service de santé mentale et une autre d'un hôpital, je compare les deux et je détermine dans quelle mesure l'orientation de chaque programme recoupe le processus

budgétaire avec ses demandes de subventions. Mais j'étudie aussi ces demandes de subventions en me disant que la province a besoin de services de santé mentale distincts, et cet aspect acquiert un poids considérable dans la balance.

Il nous faut cependant admettre que la santé mentale n'a pas une influence comparable à celle des hôpitaux, et il est possible que nous ayons à vivre avec cette réalité tout en essayant, avec le temps, de la modifier.

Nous devons établir de meilleurs rapports avec le réseau d'hygiène publique ou de médecine préventive afin de mieux définir les formes de maladie que nous devons combattre et de déterminer ce qui peut être fait sur le plan de la prévention. C'est ce qui se fait officieusement déjà, mais nous devons formaliser davantage le processus. Comme les gouvernements accordent de plus en plus la priorité à la prévention, des liens clairs et bien définis avec la médecine préventive constitueraient un véritable atout pour la santé mentale lorsque vient le temps de la répartition des ressources.

(b) La gestion

On demande souvent: "Pourquoi tant insister sur la planification? La planification est un processus tellement politique". Je répondrai en disant qu'il est important de prendre en considération l'aspect politique, et que le système politique est beaucoup plus en mesure de faire de bons choix si nous lui présentons des données de planification appropriées. Même si les plans proposés ne sont pas acceptés, ils auront au moins une influence sur la décision.

Nous avons encore beaucoup de travail à faire pour reconnaître et définir nos besoins. La définition des besoins qu'on peut voir dans les demandes de subventions varie énormément. Pour certains, les besoins et les désirs sont confondus, mais en réalité ce sont là deux choses bien différentes. Pour établir des objectifs, on détermine les buts que l'on désire atteindre, puis ce que le Conseil du Trésor veut réaliser par rapport à ce dont on a besoin pour maintenir les programmes de base. De plus en plus, le Conseil du Trésor analyse vos besoins en fonction des unités de services de base fournis par vos programmes, ce qui pourrait nous amener à accorder plus d'importance à l'efficacité. Cela est probablement aussi difficile à accepter pour moi que pour vous, mais je reconnais qu'il s'agit là d'une réalité inévitable si l'on veut réduire les dépenses. Si vous voulez obtenir le plus possible pour votre argent, vous devez d'une manière ou d'une autre en venir aussi à centraliser les moyens de contrôle afin d'assurer une plus grande efficacité. Par conséquent, dans la préparation des budgets, la question des unités de service prend une importance sans cesse grandissante.

Un grand nombre d'entre vous sont au courant qu'en Colombie-Britannique nous entrons dans l'ère du budget à base zéro; vous croyez peut-être que cela se traduira par une plus grande

souplesse et une plus grande liberté dans les régions. Je ne saurais dire à quel degré de souplesse vous êtes en droit de vous attendre, mais je sais que vous auriez tort de ne pas prendre la chose au sérieux. Le budget à base zéro reflète notre désir d'instaurer un certain type de budget qui ne consiste pas uniquement à ajouter 10 % au montant des subventions accordées l'année précédente. Cette nouvelle méthode exige une rationalisation de ce que nous voulons accomplir avec l'argent qui nous sera donné. Si vous ne faites pas ce travail de conceptualisation vous-mêmes avant de présenter votre budget, vous courez le risque de voir quelqu'un d'autre prendre des décisions arbitraires qui s'ajouteront à vos problèmes.

Nous allons accorder beaucoup plus d'attention à l'intégration des budgets. En fait, à mon retour au bureau la semaine prochaine, je commencerai l'évaluation des budgets à base zéro; nous examinerons, entre autres, dans quelle mesure les demandes de subventions prennent en considération l'ensemble des Services de santé mentale, y compris les hopitaux.

Le recrutement de personnel et la possibilité de faire preuve d'une certaine souplesse au niveau de l'utilisation des ressources humaines dont vous disposez constituent aussi un problème pour certains de vous. Comme les autres provinces, nous nous intéressons à une définition élargie de l'effectif. Au lieu de nous contenter d'un certain nombre d'options, nous envisageons maintenant une certaine souplesse dans l'utilisation d'un nombre donné d'heures-personnes. À mon avis, la notion d'effectif entraîne une certaine rigidité, mais il existe d'autres options susceptibles de répondre aux besoins. L'adoption de postes à période déterminée et du travail en équivalent de plein temps est particulièrement intéressant dans les régions rurales. La conversion de postes existants en postes à période déterminée ou en équivalent de plein temps présente un certain risque, car ce genre de subvention est beaucoup plus exposé aux coupures budgétaires. Cependant, ce genre d'arrangement peut être rationalisé dans l'intérêt de services plus efficaces et plus utiles, et je serais certainement d'accord avec cela.

Je vous encourage donc, en ce qui concerne les programmes, à commencer à penser sérieusement en termes d'évaluation. Cela n'augmentera peut-être pas vos subventions, mais cela peut vous permettre de conserver celles que vous avez déjà. Vu les difficultés financières qui s'annoncent, les gestionnaires supérieurs accorderont de plus en plus d'importance à l'évaluation des programmes. La satisfaction des clients constitue un élément extrêmement important de ces évaluations et nous devons commencer à nous intéresser à la réaction de nos clients aux services que nous leur offrons. Cela veut aussi dire que nous devons fournir aux consommateurs les moyens d'arriver à leurs propres conclusions.

(c) Gestion de prestation des services

Du point de vue administratif, je crois qu'on mettra de plus en plus l'accent sur l'intégration et la centralisation des opérations; il y aura moins de rapports d'autorité entre le bureau central et les régions. Des rapports d'autorité directs et par conséquent une plus grande intégration entraîneront une utilisation plus efficace des ressources. La décentralisation sera davantage fonction de responsabilités opérationnelles déléguées avec soin.

La notion de "régionalisation" est une nouvelle réalité qui fait son apparition dans toutes les provinces. De nombreux arguments viennent appuyer la régionalisation parmi lesquels on compte la limitation des dépenses si importante dans le climat actuel. D'une part, des unités plus petites permettent de mieux saisir les problèmes et de leur apporter une solution mieux adaptée aux circonstances. D'autre part, le personnel des petits services a une meilleure attitude face à la communauté, ce qui est très important. La régionalisation constitue vraiment une façon responsable de contrôler les dépenses.

Conclusion

Pour conclure, j'aimerais ajouter que nous avons tendance à faire bien des suppositions au sujet de nos gestionnaires supérieurs. Nous avons besoin de gestionnaires capables d'écouter. Nous avons besoin de communiquer avec les titulaires des échelons supérieurs de la hiérarchie, de savoir que nous sommes entendus et que nos suggestions sont sérieusement prises en considération. Après analyse, ces suggestions seront peut-être rejetées, mais je crois que nous pourrions tous accepter ce genre de décision.

Si je regarde en arrière, à l'époque où je travaillais en milieu rural, je me rends compte maintenant que j'ai souvent été tenté d'arrondir le budget dans l'espoir d'obtenir ce que je désirais. Cela peut fonctionner dans certains cas; mais je crois qu'avec le temps la crédibilité en souffre et on se retrouve avec des problèmes auxquels on ne s'attendait pas. La meilleure façon de procéder est d'être complètement honnête. Votre budget en sera peut-être diminué, mais votre crédibilité sera plus grande, ce qui à la longue est plus important.

J'aimerais promouvoir une initiative sur le plan administratif: il s'agit d'une enquête annuelle sur les problèmes et les préoccupations du personnel, enquête qui serait effectuée dans l'ensemble du réseau et permettrait de recueillir des renseignements sur plusieurs aspects, notamment les ratios de dotation en personnel, la satisfaction au travail, les préoccupations ou les problèmes de tous genres. Même avec les meilleures intentions du monde, les cadres supérieurs risquent bien

souvent de ne pas être au courant de ce qui se passe dans les régions. J'aimerais que nous inventions des mécanismes pour réduire ce danger. Mais il importe aussi que le personnel des régions comprenne les contraintes auxquelles doivent faire face les cadres supérieurs du bureau central.

J'ai abordé rapidement un grand nombre de questions dont certaines ne sont pas très populaires. Je le répète, je ne prétends pas être en possession de toutes les réponses. J'ai simplement émis mon opinion personnelle. Je vous demande de réfléchir sérieusement et avec esprit critique aux répercussions que mes paroles pourraient avoir sur vos actions. À mon avis, vous devrez prendre en considération ce que je vous ai dit si vous voulez conserver les ressources dont vous disposez actuellement. Il est même possible que mes suggestions vous permettent d'en obtenir d'autres. J'aimerais que les services de santé mentale en milieu rural survivent et se portent bien.

L'IMPORTANCE DE CINQ SERVICES ESSENTIELS POUR LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL*

Alan Rendle, Ph.D.**
Prince Rupert Mental Health Centre
Prince Rupert (Colombie-Britannique)

Selon un des principes de base de la santé mentale communautaire, un programme de santé mentale est complet s'il comporte cinq services essentiels soit:

1) soins en établissement,
2) services de consultation externe,
3) services d'urgence (24 heures par jour),
4) hospitalisation partielle,
5) consultation et éducation.

Ces cinq services doivent être assurés dans les bassins de population comptant de 75 000 à 200 000 habitants.

Jusqu'ici, on semble s'être peu préoccupé de déterminer quels sont les services qui devraient être offerts et quelle structure leur donner dans les petites collectivités rurales. Pour combler les lacunes au plan des recherches dans ce secteur, nous avons voulu étudier ici l'importance des cinq services essentiels de santé mentale du point de vue des communautés rurales de moins de 75 000 habitants. Notre enquête a porté essentiellement sur Prince Rupert (population: 18 500 habitants), situé sur la côte nord-ouest de la Colombie-Britannique, et, dans une moindre mesure, sur Terrace (population: 18 000 habitants environ), situé à environ 100 milles de Prince Rupert, dans la partie intérieure du pays.

Soins en établissement

Ces services sont offerts à la population de Prince Rupert, au service psychiatrique du Prince Rupert Regional Hospital. Bien qu'il

---

* Nous tenons à remercier Dale Newell, administrateur du Prince Rupert Mental Health Centre, pour sa participation dans le cadre de cette étude, et Tom Blake, étudiant embauché pendant l'été pour recueillir les données.

** Est maintenant affecté au Maple Ridge Mental Health Centre.

n'existe aucune aile psychiatrique distincte, neuf lits sont réservés aux malades psychiatriques. Les services sont essentiellement assurés par le personnel hospitalier régulier, mais les malades psychiatriques peuvent bénéficier des services d'une infirmière clinicienne travaillant à temps partiel, à la demande du médecin responsable de l'admission.

Sur une période de 15 mois, l'infirmière clinicienne s'est occupée de 167 malades (en moyenne 11,1 par mois). Quatre-vingt-dix-huit (58,6 %) de ces malades souffraient d'anxiété ou de dépression. Dix-sept seulement (10,1 %) ont été identifiés comme des schizophrènes. Dans le cas des cinquante-deux autres (31,3 %), on a diagnostiqué un amalgame de problèmes familiaux, de troubles caractériels, de problèmes liés à l'alcool et aux drogues, et de problèmes relevant de la gériatrie.

Il ressort de ces données préliminaires que les services offerts en établissement devraient effectivement être considérés comme des services essentiels de santé mentale tant en milieu rural qu'urbain. Toutefois, dans les zones rurales, il faudrait bien préciser que ces services s'adressent essentiellement aux personnes atteintes de troubles aigus tels que l'anxiété et la dépression. Les données recueillies laissent entendre qu'il ne serait ni pratique ni possible de mettre sur pied une aile psychiatrique pleinement fonctionnelle du genre de celle dont on a besoin pour traiter les malades chroniques, étant donné que ce type de service exige la mise sur pied d'un programme de soins en établissement de grande envergure, et l'intervention d'ergothérapeutes, de psychologues, de travailleurs sociaux, de psychiatres, etc.

À Prince Rupert, la plupart des malades chroniques sont orientés vers les grands établissements psychiatriques du sud-ouest de la Colombie-Britannique ou vers les services psychiatriques de l'hôpital de Terrace. Ce dernier est passablement bien équipé pour offrir des programmes et des services complets en établissement de sorte qu'il est en mesure de prendre en charge la plupart des malades chroniques. En outre, depuis un certain nombre d'années, il sert de centre psychiatrique officieux pour les régions avoisinantes. C'est ainsi qu'au cours de sa première année d'existence, 50 % de ses clients (deux cents) venaient des régions avoisinantes.

À partir du modèle du service psychiatrique de Terrace, il a été déterminé que la mise sur pied de centres psychiatriques régionaux en milieu rural présentait plus d'avantages que d'inconvénients. Les avantages pourraient se résumer ainsi:

1. Cette formule est plus rentable.

2. Les membres de la famille peuvent plus facilement rendre visite aux malades, étant donné la proximité du centre.

3. Dans bien des cas, le centre psychiatrique régional serait suffisamment rapproché des communautés rurales avoisinantes pour que l'on puisse mettre sur pied un programme d'hospitalisation partielle. C'est dire que les malades seraient autorisés à rentrer chez eux pendant les fins de semaine avant de quitter l'établissement, ce qui facilite la réintégration dans la collectivité.

4. Il est plus facile de mettre sur pied des services de suivi.

5. Un centre bien doté en personnel pourrait offrir des services spécialisés de consultation et d'éducation aux régions avoisinantes.

6. Il serait sans doute beaucoup plus facile pour un centre psychiatrique régional fonctionnel d'attirer et de conserver un personnel spécialisé que ce ne l'est actuellement en milieu rural, où les services de santé mentale sont en général peu développés et ne bénéficient pas du soutien nécessaire.

Cette démarche comporte cependant certains inconvénients. Par exemple, l'emplacement même du centre psychiatrique régional pourrait créer des rivalités parmi les populations cibles. L'orientation des clients vers le centre pourrait poser des problèmes, étant donné que certains omnipraticiens continueraient sans doute d'orienter leurs malades aux grands établissements psychiatriques des régions urbaines de la Colombie-Britannique. (Il existe un stéréotype assez répandu, selon lequel les services offerts dans les régions urbaines seraient de meilleure qualité et plus perfectionnés.) Pour certains malades, la distinction entre problèmes aigus et chroniques n'est pas toujours très nette, de sorte qu'il pourrait y avoir désaccord sur la question à savoir si la personne devrait être traitée dans un centre psychiatrique régional ou dans les centres périphériques.

Il ressort de ces données qu'il y aurait lieu d'implanter des centres psychiatriques régionaux en milieu rural, pour le traitement des malades mentaux chroniques plutôt que de continuer de les adresser à de grands établissements psychiatriques situés en zone urbaine, loin de chez eux. La population cible d'un tel centre devrait être d'au moins 75 000 personnes, étant donné que c'est là le nombre minimal d'habitants jugé nécessaire pour la mise sur pied et l'administration d'un centre de soins en établissement pleinement fonctionnel. Ce centre aurait également pour mandat de dispenser des services spécialisés de consultation et d'éducation aux unités psychiatriques périphériques, dont le but primaire serait de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux aigus.

Consultation externe

À Prince Rupert, seul le Prince Rupert Mental Health Centre offre des services de consultation externe. Au moment où cette étude fut

réalisée, le personnel ne comprenait qu'un administrateur (travailleur social) en psychiatrie, un psychologue, une infirmière en santé mentale et un travailleur social temporairement affecté au centre jusqu'à ce qu'on trouve des locaux pour établir un centre régional permanent aux îles Reine-Charlotte.

Pendant la période étudiée (de janvier à mars 1979), on a trouvé que le programme de consultation externe comportait au total 349,5 heures de thérapie et de services diagnostiques (soit une moyenne mensuelle de 116,5 heures). Un examen des registres du centre a révélé qu'environ 25 % des heures de travail étaient consacrées aux services de consultation externe.

Une façon simple d'évaluer le programme de consultation externe de n'importe quel centre consiste à noter le temps consacré en moyenne à la thérapie, par patient. C'est ainsi qu'à partir d'un échantillon de 116 ex-clients, on a trouvé que ces derniers avaient reçu 600 rendez-vous. Autrement dit, chacun a eu droit en moyenne à 5,1 séances de thérapie. Cependant, l'échantillon était composé en partie de couples qui recevaient les services de counseling matrimonial ou familial, ce qui veut dire que le temps consacré en moyenne à la thérapie oscillait plus vraisemblablement entre six et huit séances par cas. Ces chiffres indiquent qu'il s'agissait davantage de cas aigus que de cas chroniques de longue durée. Ils laissent aussi entendre que les services de consultation externe en milieu rural devraient s'adresser davantage aux malades aigus qu'aux malades chroniques. Ces données préliminaires ont également permis de conclure que les services de consultation externe font partie des services de santé mentale essentiels en milieu rural comme en milieu urbain.

Une conclusion inattendue a été le temps énorme (657 heures) consacré à l'administration. Un examen des registres a en effet révélé que 35 % du temps était réservé à cette activité.

Nous avons appris, au terme d'une autre analyse, que l'infirmière en santé mentale et le travailleur social des îles Reine-Charlotte venaient d'être embauchés et que ni l'un ni l'autre n'avait travaillé auparavant dans un centre communautaire de santé mentale. C'est ce qui explique qu'une grande partie de leur temps était consacré à l'administration, autrement dit à l'apprentissage de leurs nouveaux rôles. L'analyse a également mis en évidence des exemples de problèmes administratifs qui proviennent de la longue distance qui sépare le centre de l'administration centrale. On en a conclu que l'administration peut présenter davantage un problème et exiger plus de temps dans des régions rurales qu'en milieu urbain à cause des difficultés de dotation en personnel et de distance. Le mode d'administration des centres ruraux de santé mentale mérite une étude plus approfondie.

Consultation et éducation

Le Prince Rupert Mental Health Centre dispense des services de consultation et d'éducation directement liés à la santé mentale. Pendant la période étudiée, 469,5 heures ont été consacrées aux activités de consultation et d'éducation, soit environ 40 % du temps total, comparativement aux consultations externes et aux activités administratives qui prennent respectivement 25 % et 35 % du temps.

Le pourcentage élevé de temps consacré à la consultation et à l'éducation indique que ce service devrait certainement être considéré comme étant essentiel en milieu rural et devrait sans doute être considéré plus prioritaire en milieu rural qu'en milieu urbain. Ce phénomène s'explique par le fait que les régions rurales ne bénéficient pas du même nombre ou de la même diversité de travailleurs spécialisés en santé mentale. Par conséquent, d'autres organismes communautaires consulteront plus souvent les quelques travailleurs en santé mentale. En outre, les régions rurales n'ont ni le même nombre ni la même variété de programmes de santé mentale, de sorte qu'elles consacrent habituellement plus de temps à l'élaboration de nouveaux programmes et à l'amélioration de programmes existants. Les mêmes remarques valent pour l'éducation en santé mentale. Les régions rurales ont à leur disposition bien moins de ressources en éducation, surtout en matière de santé mentale. Le bassin de population desservi par le Prince Rupert Mental Health Centre, comme celui de la plupart des centres ruraux de santé mentale, est très vaste; nombreuses sont les régions qui ne peuvent être desservies que par des services itinérants. Au cours de la période étudiée, il était possible d'assurer des services itinérants seulement toutes les 3 ou 5 semaines, autrement dit, il était extrêmement difficile d'assurer régulièrement des services thérapeutiques de consultation externe. Ainsi, ces services itinérants étaient axés sur la consultation et l'éducation.

Services d'urgence (24 heures par jour)

De nos jours, un moyen très répandu de dispenser des services d'urgence en santé mentale consiste à offrir un service téléphonique d'urgence, fonctionnant 24 heures par jour. Prince Rupert assurait un tel service qui a été supprimé juste avant le début de cette étude. Au début de l'implantation de ce service, celui-ci bénéficiait d'un appui énorme des différents organismes communautaires et de la communauté. Les bureaux du service étaient situés dans l'hôpital local, qui a également fourni les locaux et une ligne téléphonique. Les bénévoles ont été formés par le personnel du centre de santé mentale. Cependant, six mois après l'implantation du service, seuls six appels d'urgence ont été reçus, de sorte que les bénévoles se sont découragés et le service a été supprimé.

Il existait aussi à Terrace un service téléphonique d'urgence qui fonctionnait depuis un certain nombre d'années. Les responsables de ce projet ont connu au début la même expérience que ceux de Prince Rupert et étaient disposés à démissionner au bout de six ou huit mois, en raison du manque de clients. Ils ont cependant restructuré entièrement leurs services en les diversifiant. En fait, au moment de cette étude, aucun des bénévoles n'avait reçu de formation en matière d'intervention d'urgence; tous se contentaient d'offrir un service d'orientation aux clients en difficulté.

Une mini-enquête menée auprès d'autres collectivités rurales a révélé que certaines d'entre elles offraient également un service téléphonique d'urgence qui a du être aboli, faute de clients. Dans une des collectivités où il existait toujours un tel service, les responsables avaient fait appel à un service d'écoute téléphonique qui acheminait les appels au domicile du bénévole. Cette formule a donné d'assez bons résultats étant donné qu'elle a empêché que les bénévoles ne se découragent ou ne se lassent lorsqu'il n'y avait pas d'appel.

Il ressort de ces données préliminaires que des services téléphoniques d'urgence fonctionnant 24 heures par jour ne sont pas aussi pertinents ou essentiels en milieu rural qu'ils ne le sont en milieu urbain. Pour la survie d'un tel service, celui-ci doit être accompagné d'un certain nombre d'autres services communautaires ou être lié à un service d'écoute téléphonique qui achemine les appels au domicile des bénévoles.

Hospitalisation partielle

De nos jours, l'expression "hospitalisation partielle" renvoie à une vaste gamme de services, qui sont pour la plupart désignés par d'autres expressions, par exemple centre de soins de jour ou hôpital de jour, ateliers protégés, maisons de transition, foyers de groupe, auberges, pensions de famille, etc. La plupart des programmes d'hospitalisation partielle s'adressent aux malades chroniques plutôt qu'aux malades aigus.

Au moment où cette étude fut réalisée, il n'existait aucun programme d'hospitalisation partielle à Prince Rupert. On a donc tenté d'évaluer la taille de la population de malades chroniques dans cette communauté et de déterminer le pourcentage de ceux qui bénéficieraient d'un programme d'hospitalisation partielle. Un examen des dossiers de ce centre a révélé la présence de 38 malades identifiés comme schizophrènes ou maniaco-dépressifs, qui prenaient des médicaments et qui pouvaient être considérés comme des malades chroniques. Ce groupe ne comprenait évidemment pas tous les malades chroniques de la collectivité, puisque l'on considère généralement qu'il existe de 4 à 10 malades chroniques par millier d'habitants. On pourrait donc s'attendre à ce que Prince Rupert compte environ 74 malades chroniques.

On reconnaît aussi de façon générale que près de 7 % des malades chroniques ont besoin de programmes de jour; qu'environ 20 % d'entre eux ont besoin de soins en établissement et qu'environ 80 à 85 % ont besoin de services de réadaptation. Sept pour cent des 28 clients inscrits au Prince Rupert Mental Health Centre équivalent à 1,96 client. Même si l'on suppose qu'il y avait 74 malades chroniques dans la collectivité, cela voudrait dire qu'il n'y a que 5,1 clients qui ont besoin d'un programme de soins de jour, ce qui est un indice qu'il ne serait pas très pratique de mettre sur pied un tel programme. Si, par contre, 20 % (5,6 clients) des 28 clients du Mental Health Centre ont besoin de soins en établissement, on pourrait en conclure qu'il y a lieu de prévoir une petite pension de famille pour environ 6 clients. Pour que ce genre de pension fonctionne convenablement, il faudrait qu'elle offre un type quelconque de service de réadaptation. Une pension qui offre des services de réadaptation est habituellement considérée comme un centre de transition.

Ainsi, il ressort de ces données préliminaires que l'hospitalisation partielle, offerte dans des pensions de famille, devrait être classée comme un service essentiel en santé mentale dans les régions rurales. De plus, les services de transition, qui désignent une pension de famille qui dispense des services de réadaptation, devraient être considérés comme le cinquième service essentiel en santé mentale (au lieu des services téléphoniques d'urgence fonctionnant 24 heures par jour).

Conclusion

Nous avons voulu étudier l'importance des cinq services essentiels de santé mentale en milieu rural, du point de vue de la structure et de la demande de ces services. Il ne s'agit que d'une étude exploratoire et les conclusions ainsi que les suggestions ne sont pas définitives. Ces données préliminaires indiquent cependant qu'il y a lieu d'entreprendre des études plus poussées dans le domaine des services essentiels de santé mentale en milieu rural.

SURVIE DES PROGRAMMES - LA STABILITÉ

R.L. Cameron, M.S.S.
Trail Mental Health Centre
Trail (Colombie-Britannique)

Cet article traite du maintien de l'image de permanence et de fiabilité d'un programme dans une communauté rurale en dépit du roulement de personnel, des changements de politiques, de directives contradictoires et d'autres facteurs qui peuvent avoir une incidence sur la stabilité des programmes. Ces facteurs sont regroupés sous cinq rubriques principales:

1. formation professionnelle et engagement,
2. développement du réseau inter-agence,
3. accessibilité du service au public,
4. groupes communautaires, personnalités et mode de vie,
5. facteurs politiques, administratifs et financiers.

La façon dont ces problèmes sont résolus influe considérablement sur le maintien des programmes, l'appui fourni par la communauté, l'épuisement du personnel, l'expansion des services requis et, finalement, le bien-être d'un pourcentage relativement élevé de la population de la région.

Aperçu

Le Trail Mental Health Centre a ouvert ses portes en mai 1964; il s'agissait du troisième centre de santé mentale en Colombie-Britannique à l'extérieur des deux régions métropolitaines. Il desservait au début un bassin de population d'environ 165 000 personnes réparties sur une région montagneuse de quelque 15 000 milles carrés. Des services de consultation itinérants étaient dispensés à Cranbrook (150 milles à l'est), à Nelson (50 milles au nord) et à Greenwood (100 milles à l'ouest). Le personnel comprenait un travailleur social (moi-même) et un psychiatre (G.R. Mansfield). L'établissement de centres à Cranbrook (1969) et à Nelson (1970) a réduit le bassin de population desservi par le Trail Centre à 45 000 personnes dispersées sur plus de 4000 milles carrés englobant les villes plus importantes de Trail, Castlegar et Grand Forks. Des bureaux locaux de santé mentale ont été créés à Grand Forks (1974) et à Castlegar (1977). Le personnel comprend maintenant l'équivalent de six professionnels à temps plein et de 2,5 employés de bureau.

La composition ethnique de la population de la région revêt une certaine importance. La ville de Trail a une importante population italo-canadienne alors que Grand Forks et Castlegar comptent la plus

grande concentration de Doukhobors russes en Colombie-Britannique. Durant la Seconde Guerre mondiale, Greenwood a été un centre d'internement pour les Canadiens d'origine japonaise, et l'influence de ce groupe est bien établie dans la communauté. La vallée de Slocan, au nord de Castlegar, a attiré un grand nombre de "hippies" durant les turbulentes années 60.

La stabilité industrielle et économique de la région est incarnée par l'usine de la Cominco (4000 employés) à Trail, par la Cancel à Castlegar, et plusieurs scieries dans la région de Grand Forks-Greenwood. La diversité démographique et économique représente un défi considérable en ce qui concerne l'application de programmes et la prestation de services directs.

Stabilité

La capacité d'assurer et de maintenir la stabilité d'un programme dépend dans une large mesure de cinq facteurs importants.

a) **Formation et engagement des professionnels**

Chaque membre de l'équipe de santé mentale en milieu rural devrait posséder des qualités professionnelles reconnues. C'est un facteur indispensable de stabilité pour un programme et voici pourquoi:

i) Le professionnel doit démontrer une compétence certaine avant qu'on accepte de lui confier le rôle d'expert-conseil, d'éducateur, de conseiller ou de responsable du développement des ressources dans la communauté.

ii) À l'échelle locale, les possibilités de consulter des éducateurs et des spécialistes dans le domaine de la santé mentale sont minimes.

iii) Quelle que soit la façon dont on perçoit le psychiatre, les autres membres de l'équipe soignante en milieu rural risquent au début d'être l'objet d'une perception étroite et stéréotypée. Par exemple, le travailleur social est souvent considéré comme l'"agent de l'assistance sociale"; le psychologue comme l'"examinateur"; et l'infirmière comme la "dispensatrice de soins physiques". Par conséquent, chaque membre de l'équipe soignante en milieu rural doit pouvoir montrer qu'il est compétent dans le domaine thérapeutique et dans d'autres domaines du programme de santé mentale.

iv) Dans les régions rurales, le concept de praticien "compétent et autonome" est extrêmement important.

v) Les communautés attendent beaucoup des "experts" en santé mentale; la confiance, l'engagement et la crédibilité doivent donc se fonder sur une solide formation professionnelle.

La résolution de ces questions assure la stabilité d'un programme, stabilité qui se traduit concrètement par un grand nombre de cas adressés par des organismes; une augmentation du nombre de personnes qui s'adressent eux-mêmes au service; l'élaboration des ressources nécessaires; la demande de consultations, de services d'éducation et de counseling; la dotation en personnel, et une image positive au sein de la communauté.

b) **Réseau intégré**

Aucun programme ne peut être efficace s'il n'est pas bien accepté à l'intérieur du réseau d'organismes et de professionnels dans la communauté. Notre centre a réussi à se faire accepter en mettant en pratique les principes suivants:

i) donner un accès direct, informel et respectueux à tous les organismes et professionnels tout en adhérant au principe du respect du temps du client;

ii) utiliser la technique de la "circulaire" pour tenir les organismes professionnels au courant du programme, des effectifs et du mandat du centre;

iii) organiser des "ateliers à l'intention des organismes communautaires" pour encourager la communication entre les organismes;

iv) assurer l'orientation vers les membres du personnel d'autres organismes;

v) organiser des ateliers, des programmes de formation et des services de placement pour étudiants;

vi) siéger à des comités consultatifs inter-agence et professionnels;

vii) encourager la rétroaction en ce qui concerne les programmes et les services;

viii) accepter le rôle des autres dispensateurs de soins sans "s'infatuer" de ses prétendues qualités d'"expert", tout en fixant des limites d'un commun accord et de façon réaliste;

ix) adopter une position de neutralité et d'indépendance qui reconnaisse que tous les services communautaires ont un certain rapport avec la santé mentale.

c) Accessibilité directe du service au public

La stabilité à long terme d'un programme se fonde sur la capacité de fournir le type de service demandé par la communauté. Pour y arriver, il faut:

i) reconnaître que les clients veulent de l'aide pour résoudre leurs problèmes personnels;

ii) respecter les droits des clients en ce qui a trait à la confidentialité;

iii) fournir des explications claires et simples aux clients en ce qui concerne les services auxquels ils peuvent s'attendre;

iv) travailler "avec" plutôt que "sur" le client;

v) disposer en tout temps des ressources nécessaires pour faire face à des situations de "crises";

vi) faire preuve de franchise dans l'établissement des limites de services aux clients;

vii) solliciter la rétroaction par le biais d'enquêtes effectuées auprès des clients et de la communauté.

Le respect de ces principes a permis à notre Centre d'obtenir le soutien des clients en vue de mettre sur pied des services plus efficaces.

d) Groupes communautaires, personnalités et mode de vie

Le Centre peut rendre sa "présence" plus perceptible dans la communauté si les membres de son personnel sont vus comme des citoyens qui s'intéressent aux affaires locales. Ceux-ci peuvent par exemple:

i) s'engager à titre individuel dans des activités et des projets communautaires non partisans et d'intérêt général;

ii) établir leur crédibilité personnelle et professionnelle dans les activités publiques et individuelles;

iii) faire la distinction entre les modes de vie individuels et les responsabilités professionnelles;

iv) être accessibles aux groupes communautaires (par exemple notre Centre a participé à quelque 300 conférences, ateliers, etc. en 15 ans);

v) acquérir une connaissance approfondie et respectueuse de toutes les facettes de la vie communautaire;

vi) assumer vraiment sont droit d'être individuel, mais reconnaître que son mode de vie ne doit pas indisposer la communauté;

vii) prendre la ferme décision de ne pas permettre aux clients, aux groupes communautaires et aux autres activités professionnelles de trop empiéter sur les loisirs personnels;

viii) laisser voir sa personnalité afin de modifier l'image "d'expert intouchable";

ix) apprécier le rôle de l'humour.

e) **Questions politiques, administratives et financières**

Ces questions sont beaucoup plus importantes pour l'expansion des programmes que pour leur stabilité.

1) Politique

Mes vingt années d'expérience personnelle en santé mentale dans un milieu rural en Colombie-Britannique m'ont renforcé dans l'opinion que le peu d'appui politique que reçoivent les programmes communautaires de santé mentale (actuellement 0,6 % du budget provincial) est dû au fait que les gens pensent en général que les troubles émotifs sont attribuables à la personne elle-même ("On récolte ce qu'on sème"). Cette présomption ou ce préjugé empêche les gens de parler ouvertement de leur expérience en tant que clients. De plus, la difficulté de quantifier les résultats du traitement porte les gens à croire qu'on ne peut pas faire grand chose pour remédier aux troubles émotifs. Ces deux facteurs entravent le développement d'un vaste appui politique. Bien que les intérêts politiques et professionnels fussent souvent en conflit, le fait de sensibiliser d'importants groupes communautaires à la santé mentale a entraîné une augmentation graduelle mais encourageante de l'appui en faveur de l'expansion du programme.

2) Administration

Il est clair que les réorganisations fréquentes effectuées par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique au niveau des cadres supérieurs n'ont pas contribué à donner la motivation nécessaire à la création de programmes communautaires de santé mentale plus efficaces. Toutefois, la confusion actuelle et les changements contradictoires

fréquents au niveau de la haute direction ont, à bien des égards, entraîné une plus grande autonomie locale. Dans une certaine mesure, le Centre est donc relativement libre de répondre aux besoins en santé mentale clairement manifestés par la communauté. Le mandat actuel du ministère correspond bien en fait aux priorités que s'est fixé le Trail Centre en matière de programmes et de services. Il est particulièrement important de mettre l'accent principalement sur les besoins de la communauté ainsi que les responsabilités, l'engagement et l'éthique professionnels plutôt que sur les orientations politiques personnelles.

3) Finances

Il va sans dire, seuls des gens (préférablement des professionnels qualifiés) peuvent traiter des gens. Par conséquent, la principale question financière demeure la capacité d'engager suffisamment de professionnels et de personnel de soutien pour répondre aux besoins de la communauté vis-à-vis la santé mentale. Pour assurer la stabilité, on doit prendre des décisions qui assurent une utilisation optimale des ressources humaines disponibles et maintenir un programme permanent de bénévoles. Suivant notre expérience, il est possible d'établir un tel programme, en nommant un coordinateur des bénévoles qui soit rémunéré et soutenu par le Conseil et les membres de l'A.C.S.M. La collaboration des professionnels et des bénévoles peut se révéler des plus efficaces dans la prestation de services aux clients. La meilleure façon de parvenir à un niveau de financement suffisant est de sensibiliser la communauté en lui donnant accès au centre de santé mentale. Enfin, il importe de promouvoir vigoureusement la création et le maintien de fonds pour la formation en cours d'emploi qui, selon nous, sont indispensables si nous voulons recruter et garder le personnel de même qu'éviter "l'épuisement" et l'isolement professionnel.

Enfin, nous croyons que si le personnel s'engage fermement à fournir des services de qualité, le programme peut progresser en dépit de problèmes politiques, administratifs et financiers.

LA DOTATION EN PERSONNEL: ATTIRER ET GARDER LE PERSONNEL EN SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL

A.H. Thompson et D.M. Barr
Alberta Mental Health Services

Cet atelier comprenait deux séances distinctes. La première était un exposé de certaines des principales questions qui touchent au recrutement et à la conservation du personnel en milieu rural, fondé sur les observations et l'expérience des panélistes et sur les données recueillies par Didow (1980) au sujet des services de santé mentale en milieu rural en Alberta. Durant la seconde séance, tous les participants de l'atelier ont discuté de ces questions et ont formulé une série de recommandations précises.

I. QUESTIONS

A. Problème

Recruter du personnel pour travailler en milieu rural et le garder présentent-ils un problème? À cet égard les données les plus probantes nous sont fournies par l'enquête de Didow, qui a démontré que 24% des postes en milieu rural n'étaient pas comblés, comparativement à 10% en milieu urbain. Nos observations correspondent à ces résultats. Dans un centre rural, il a fallu quatre concours consécutifs pour réussir à faire cinq entrevues. Dans un autre centre, les deux seuls postes existants sont restés vacants pendant un an et demi.

B. Principes

En raison des problèmes de recrutement et de roulement de personnel, il est tentant d'abaisser les normes. Nous proposons les principes suivants:

1. La continuité est importante dans les régions rurales;
2. Le personnel qui travaille en milieu rural doit être davantage qualifié que celui qu'on retrouve en milieu urbain;
3. Le personnel en milieu rural a besoin de plus de soutien et de perfectionnement;
4. Il ne devrait pas y avoir aucun abaissement des normes cliniques en raison de la situation rurale.

C. Problèmes de recrutement et de maintien du personnel

(Ces problèmes ont été regroupés parce qu'ils soulèvent sensiblement les mêmes questions.)

1. Le recrutement Le recrutement prend trois mois au minimum, si tout va bien, (mais il est rare que "tout" aille bien). Ce qui fait que des postes restent vacants pendant de longues périodes et que nous "perdons" souvent les personnes qui désirent vivre à la campagne, mais qui ne peuvent attendre le temps qu'il faut pour l'exécution des formalités administratives. (Didow rapporte que 27 % des employés en milieu rural ont accepté leur poste en raison du mode de vie qui l'accompagnait.)

2. Rémunération Les niveaux de classification ne permettent pas ordinairement d'offrir une rémunération adéquate pour un travailleur "généraliste" qualifié.

3. Parti-pris en faveur de la ville La plupart des thérapeutes préféreraient vivre et travailler dans les grands centres.

4. Isolement professionnel Dans le rapport de Didow, 50 % des répondants ont reconnu qu'il s'agissait du plus grand inconvénient du travail en santé mentale en milieu rural.

5. Isolement personnel Pour les personnes élevées en ville, le déménagement dans un milieu rural entraîne inévitablement un conflit entre le mode de vie imposé et les besoins. Didow a rapporté que seulement 22 % des travailleurs en milieu rural étaient issus de ce type de milieu.

6. Publicité L'étude de Didow montre que 50 % des travailleurs en milieu rural ont entendu parler du poste qu'ils occupent actuellement par une autre personne et que 33% ont vu des annonces dans les journaux. Aucun des travailleurs n'a appris l'existence d'un poste vacant dans les revues professionnelles ou par un centre de main-d'oeuvre.

7. Ressources inadéquates pour le perfectionnement du personnel Trente pour cent des répondants interrogés par Didow ont affirmé qu'il s'agissait là du plus grand désavantage du travail en milieu rural. En dépit du fait que quarante pour cent se sentaient mal informés, seulement 2 % du temps des travailleurs en milieu rural était consacré à la formation continue.

8. Épuisement Bien qu'on estimât qu'il s'agissait d'un concept surutilisé, il ressort que les travailleurs étudiés par Didow avaient souffert d'épuisement dans une proportion 50 % plus élevée que leurs collègues en milieu

urbain. Ce fait, ainsi que la situation bien en vue du travailleur en santé mentale dans la communauté, l'absence de soutien professionnel et d'autres facteurs mentionnés ci-dessus, doivent être pris en considération si l'on veut garder le personnel.

9. Promotion professionnelle Le problème qui se pose est que lorsqu'on occupe un poste en milieu rural, il y a rarement un poste vacant auquel on peut aspirer. La reclassification n'est pas habituellement possible.

D) Contradictions

Les problèmes mentionnés ci-dessus peuvent laisser croire que tous les travailleurs en milieu rural doivent, par définition, être difficiles à recruter, impossibles à garder et malheureux dans leur travail. Il importe de noter que la plupart des travailleurs en milieu rural sont en fait heureux dans leur travail. Didow a constaté que 54 % des répondants se sont classés eux-mêmes comme "très satisfaits" de leur travail, et 33 % comme "assez satisfaits". Quarante-cinq pour cent ont indiqué qu'ils prévoyaient conserver leur poste pendant au moins trois ans. Le nombre élevé de répondants ayant souffert "d'épuisement", qui a été relevé plus haut, peut être réinterprété comme une preuve que leur travail est satisfaisant et productif, plutôt que comme un problème. S'il est vrai qu'il est difficile de recruter et de garder le personnel, cela ne l'est pas pour chaque endroit ni dans le cas de chaque travailleur.

II. RECOMMANDATIONS

La seconde partie de l'atelier visait à l'élaboration d'une série de recommandations précises découlant de la discussion de groupe visant les questions concernées. On a demandé aux participants de faire des recommandations qui pourraient être examinées et appliquées par les cadres supérieurs chargés de prendre les décisions (c'est-à-dire les responsables des politiques et du financement). Les recommandations qui ont été retenues ont fait l'objet d'un vote et ont été classées par ordre d'importance.

Veuillez remarquer que les recommandations sont peu nombreuses et ne peuvent guère être considérées comme frivoles ou comme ayant été mises de l'avant pour des raisons d'intérêt personnel, puisque la rémunération se place au 4e rang seulement.

A. Participants

D.M. Barr, Alberta
Rosa Fun, Colombie-Britannique
J. Glasgow, Manitoba
Kathy Leckie, Manitoba
Dean Lutz, Manitoba
W.F. Nelson, Alberta
E. Sigurdson, Colombie-Britannique
A.H. Thompson, Alberta

B. Recommandations classées par ordre d'importance

1. Faire des entrevues sur place, incluant une rencontre avec le personnel local et une visite de l'endroit.

2. Favoriser la constitution d'une vraie équipe pluridisciplinaire (partage des compétences, sympathie, soutien).

3. Réduire la période de vacance d'un poste après une démission:

   (a) Tenir une liste de candidats admissibles.
   (b) Régionaliser les services du personnel.
   (c) Commencer le recrutement dès la réception de l'avis de démission.

4. Augmenter la rémunération afin de permettre l'embauche de personnel compétent.

   Cette mesure permettrait de parer à des conditions de marché différentes dans les régions rurales, celles-ci nécessitant un personnel davantage qualifié que les régions urbaines.

5. Prévoir deux journées par mois pour la formation continue du personnel accompagnées d'une aide financière adéquate prévue à cette fin.

6. Permettre au personnel de bénéficier d'horaires souples et de congés compensatoires en guise de paiement des heures de travail supplémentaires.

7. Inviter le conjoint lors de la première visite de recrutement (dépenses payées).

BIBLIOGRAPHIE

Didow, D., Report on rural mental health services delivery in Alberta, Alberta Mental Health Services, Red Deer, 1980.

LA PUBLICITÉ: COMMENT UTILISER LES MÉDIAS

Ron Brown, M.S.S.
Direction administrative, Division de la Colombie-Britannique
Association canadienne pour la santé mentale

Questions qu'il faut poser avant de commencer

1. Est-il nécessaire de faire de la publicité?

2. Possédons-nous les ressources nécessaires pour prendre en main le travail supplémentaire résultant de la publicité?

3. L'éthique permet-elle de ne pas faire de publicité? Les contribuables n'ont-ils pas le droit d'être informés avant d'acheter?

4. Connaissez-vous votre population cible?

5. Quelle est la meilleure façon d'atteindre la population cible?

N.B. - Dans la plupart des cas, les gens ne font pas attention à ce type de renseignements sur les programmes et les services jusqu'à ce qu'ils soient directement concernés.

Ce qu'il faut faire et éviter en publicité

À faire

1. Rédiger le communiqué en laissant assez d'espace pour que le rédacteur-réviseur puisse y apporter des changements.

2. Garder à l'esprit que les gens qui travaillent dans les médias sont très occupés et reçoivent des demandes semblables des quatre coins de la communauté.

3. Fournir autant de documentation écrite que possible; souvent les coupures de journaux se transforment en véritables articles de fond.

4. Inscrire sur le communiqué le nom d'une personne ressource disponible qui est bien informée et facile d'accès.

5. Établir un premier contact avec les organes d'information même si vous n'avez pas d'information qui présente un intérêt pour le public - faites-leur simplement savoir que vous êtes là et que vous projetez d'avoir recours à leurs services lorsque l'occasion se présentera.

6. Faire parvenir les mêmes renseignements à tous les médias (radio, télévision, journaux). Il existe une très forte concurrence entre les médias, et si vous leur transmettez des renseignements différents, vous risquez de vous aliéner des personnes qui pourraient vous être utiles.

7. Envoyer votre communiqué à la personne que vous avez contactée. Si vous n'avez aucun contact, envoyez-le au chef des nouvelles locales (journal) ou à l'agent des affectations (télévision).

8. Connaître les échéances des différents médias, par exemple, quotidiens, hebdomadaires, publications mensuelles.

   En général, le matin est un temps mal choisi pour rencontrer les gens des journaux, alors que l'après-midi (de 14 heures à 17 heures) est une période occupée dans le cas de la radio et de la télévision.

9. Ne pas oublier de faire de la publicité dans d'autres médias comme les bulletins paroissiaux, les bulletins des clubs philanthropiques, etc. Ce type de contact devrait être personnel, et les renseignements devraient également être personnalisés.

10. Faire connaître le programme ou le service aux autres travailleurs communautaires: médecins, avocats, chefs indiens, police, clergé.

11. Veiller à ce que les numéros de téléphone de votre service soient faciles à trouver: vous pouvez être répertorié sous le nom officiel de votre organisme "Association canadienne pour la santé mentale", mais il est également utile d'avoir recours à une rubrique générale comme "Santé mentale". Les personnes en détresse ont besoin d'avoir facilement accès aux services.

À éviter

1. Ne pas rencontrer les médias sans être préparé ni tenir pour acquis qu'ils vont faire le travail pour vous.

2. Ne pas vous agenouiller devant eux: ils ne vous font pas une faveur, c'est leur gagne-pain de traiter toute information qui présente un intérêt pour le public.

3. Ne pas manquer un rendez-vous - les gens des médias sont très occupés. Par exemple, si vous prévoyez une séance de photographie à 16 h, soyez-y, le photographe aura probablement un autre rendez-vous ailleurs à 16 h 15.

4. Ne pas vous amuser avec les gens des médias - dans l'ensemble, ce sont des personnes très passionnées par leur métier qui veulent l'information maintenant et une information brève et honnête. Vous ne réussirez pas à manipuler la presse!!!

Questions de style

1. Il faut toujours rédiger un communiqué ou une histoire suivant le mode de la pyramide inversée: le premier paragraphe ou les deux premiers paragraphes doivent contenir tous les principaux renseignements (Qui? Quoi? Où? Quand? Pourquoi?)

   Il convient de procéder ainsi parce que les gens souvent ne lisent pas un article en entier. De même, si le journal coupe l'article, il le fait toujours à partir de la fin.

2. Grands titres - les journaux ont une personne à leur emploi qui décide de tous les grands titres. Il vous faut l'aider, lui donner une piste. De même, vous devez penser aux personnes que vous voulez atteindre et à ce qui attirera leur attention.

3. La longueur maximale d'un article de journal (sauf un article de fond) est de 200 à 300 mots.

4. Il faut toujours dactylographier le communiqué - à double interligne.

5. Prévoir de grandes marges pour que le journaliste ou le rédacteur en chef puisse y ajouter ses commentaires personnelles.

6. Les journaux ont souvent deux compositeurs qui travaillent en même temps, chacun composant une partie d'un même article, il faut donc numéroter le haut de chaque page de votre communiqué et indiquer en bas s'il y a une suite.

7. Apparence personnelle - Présences en public

   a) Vous représentez de façon visuelle votre service; il vous faut donc être soucieux de votre tenue et du décorum.

   b) Il convient de rencontrer l'interviewer à l'avance et de bien lui exposer les faits

   c) Il faut essayer d'engager une conversation avec l'interviewer plutôt que de chercher à faire un exposé - il puisera en vous les renseignements!

Quelques conseils utiles

1. Dans les agglomérations industrielles, contacter les principaux employeurs et les syndicats.

2. Les collèges locaux offrent souvent de courts programmes sur de nombreux sujets qui se rapportent à la "santé mentale", et ils seront souvent disposés à collaborer avec vous à cet égard.

3. Dans bien des cas, les annonces d'intérêt public sont gratuites dans la mesure où vous n'achetez pas de publicité dans un autre média.

4. Souvent les grandes entreprises (et certaines petites aussi!) payeront du temps d'antenne pour vos besoins publicitaires.

5. Si vous êtes un nouveau venu dans la région, il y a lieu d'organiser des entrevues et de faire en sorte que les gens finissent par vous connaître personnellement, c'est-à-dire qu'ils sachent le nombre d'enfants que vous avez, l'endroit d'où vous venez, quel a été votre dernier emploi, etc.

ÉLARGIR LES PROGRAMMES MALGRÉ LA RÉDUCTION DES RESSOURCES

Jack Hutton, M.S.S.
Duncan Mental Health Centre
Colombie-Britannique

Dix années se sont écoulées depuis l'ouverture du centre de santé mentale à Duncan sur l'Île de Vancouver et il semble maintenant opportun de discuter comment nous avons réussi à élargir les programmes malgré des moyens réduits. Nous passerons tout d'abord en revue nos efforts en vue d'établir des programmes et des services pour les malades mentaux chroniques dans notre communauté et les régions avoisinantes, et ce, en l'absence de fonds substantiels du ministère provincial de la Santé. Pour mettre sur pied ces services, nous avons compté considérablement sur les efforts de développement communautaire, et partagé ainsi les responsabilités avec l'ensemble de la communauté pour ce qui est de la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux.

Au cours des dix dernières années, nous avons participé à la création d'une gamme de ressources et de services, dont un service téléphonique d'urgence, des centres de loisirs, des projets à l'intention des jeunes, des centres de soins de jour, un bureau de bénévoles, etc. Pour ce qui est du développement communautaire, nous avons tenté de répondre aux désirs et aux besoins de la communauté dans la mesure du possible; mais nous avons pris à l'occasion des décisions de façon très indépendante et unilatérale en ce qui concerne nos objectifs prioritaires et avons par la suite essayé d'obtenir l'appui de la communauté. Nous avons pris par exemple, il y a quatre ans, la décision de travailler à la mise sur pied de trois nouveaux services: un foyer de groupe pour les malades psychiatriques; un programme communautaire de jour, et des projets de travail qui permettraient d'organiser des activités constructives pour les personnes intéressées et aptes à y participer. Des fonds étaient disponibles pour la création du foyer de groupe, mais aucune ressource ne fut prévue pour les deux autres services proposés.

Au cours de la mise sur pied des deux derniers services, nous avons recruté des gens disposés à prendre des risques et à s'engager. C'est une entreprise difficile, étant donné que bon nombre d'organismes ne veulent pas risquer d'aller à l'encontre de l'opinion publique ou d'échouer. La deuxième étape, qui peut également causer des dilemmes, consiste à recueillir des fonds. Il faut croire au Père Noël! La ténacité, l'ingéniosité, l'audace et même l'obstination peuvent également jouer un rôle décisif. Nous avons constaté, cependant, que le facteur le plus important est l'établissement d'un réseau. Tous nos projets qui ont survécu au cours des années étaient fondés sur une association et un partage des responsabilités avec divers ministères et organismes locaux. Ces programmes ne relevaient d'aucun groupe en particulier.

Dans chaque cas, nous avons dû considérer quels étaient les "actionnaires", quel était leur intérêt dans le projet, et si celui-ci était compatible avec les besoins du programme dans son ensemble. L'absence chronique de financement a favorisé à bien des égards une plus grande interdépendance et une coopération plus étroite à l'échelle locale.

Dans l'application des programmes, nous avons essayé de masquer le rôle des divers professionnels et bénévoles participants, et cela a contribué à éliminer beaucoup de stéréotypes en ce qui concerne les rôles. Maintenant "on ne peut guère identifier les acteurs sans un programme".

Notre principal objectif a été de tenir compte de ce que les participants retirent effectivement de ces programmes. Depuis environs trois ans le programme communautaire de jour, connu sous le nom d'Open Door, a offert des activités sociales et récréatives intéressantes à un ensemble incroyablement varié de personnes de tout âge, présentant toutes sortes de problèmes et d'handicaps. Ce programme a créé un sentiment d'identité et d'appartenance. Open Door fonctionne trois jours par semaine et dessert une clientèle d'au moins cent personnes par semaine. Son budget qui s'établit à environ 4300 $ provient de sources diverses. Parmi les installations utilisées, on retrouve une église, le Centre communautaire et la Providence Farm. La Providence Community Farm est un nouveau projet géré par une société à but non lucratif qui vise à aider les personnes dans le besoin qui ne sont pas facilement acceptées dans la communauté en général. Elle comprend une terre de 400 acres, des bâtiments de ferme de même qu'un immeuble de quatre étages ayant servi de pensionnat pendant un certain nombre d'années. Notre programme consiste à faire travailler les gens, c'est-à-dire à rénover et remettre la ferme en marche; ces activités ont nécessité la participation de 20 à 30 personnes par semaine. Nous prévoyons créer dans l'avenir quelques emplois permanents à la ferme et peut-être un atelier protégé. Le réseau de soutien qui aide au maintien de ces programmes comprend des sociétés privées qui parrainent les programmes et gèrent le personnel bénévole et les fonds; le service psychiatrique et le programme de soins de jour du Cowichan & District Hospital, qui fournit le personnel et la nourriture deux jours par semaine; le Duncan Mental Health Centre, qui fournit quelques fonds et assure le soutien du personnel, et le People Encouraging People Advocates Group. Le personnel qui participe à divers aspects du programme est fourni par divers organismes, et ainsi les coûts sont imputés à d'autres budgets. Le programme a fonctionné parce que nous voulions qu'il fonctionne. On ne peut pas négliger l'importance des diverses personnalités et styles. Nous avons reçu une aide formidable des bénévoles et, en particulier, de nos étudiants qui débordaient d'énergie et d'idéalisme.

Nous avons redécouvert l'importance de commencer modestement et de ne pas aller trop vite. Nous avons essayé d'assurer la continuité et la régularité de tous nos programmes et n'avons pas adopté de règles

immuables en ce qui concerne l'admission ou le départ. Il s'agissait d'un système ouvert qui ne dépendait pas exclusivement d'une aide officielle du gouvernement; peut-être que cela s'est avéré un facteur de réussite important.

LA LIAISON ENTRE L'HÔPITAL ET LE CENTRE COMMUNAUTAIRE DE SANTÉ MENTALE

Grant W. Rathwell, M.S.S.,
Charles P. Hellon, M.B., F.R.C.P. (C)
Port Alberni Mental Health Centre
Colombie-Britannique

Les participants de cet atelier se sont penchés sur les liens qui existent entre le Port Alberni Mental Health Centre, le service psychiatrique de l'hôpital local et l'hôpital communautaire dispensant des services psychiatriques de jour. Le personnel du Mental Health Centre comprend un psychologue clinicien pour enfants, une infirmière communautaire en psychiatrie, un psychologue travaillant à temps plein (travail par session) et un directeur (travailleur social) de services psychiatriques. La région desservie s'étend de la vallée de l'Alberni sur l'île de Vancouver, aux collectivités de Bamfield, Uchuelet et Tofino, situées sur la côte ouest de la province, qui vivent de l'exploitation forestière et de la pêche. La population totale de cette région s'établit à environ 35 000 habitants.

Signe de son acceptation par les collectivités desservies, le centre a connu une augmentation progressive du nombre de clients adressés depuis sa création en 1972. À l'heure actuelle, le nombre de ces cas est d'environ neuf par semaine. La charge de travail du personnel a toujours été très lourde, et la période d'attente requise pour les nouveaux cas adressés varie. L'administration de cette charge est facilitée par la présence dans la collectivité d'un hôpital psychiatrique de jour qui assure une liaison vitale entre le centre de santé mentale et le service psychiatrique de l'hôpital local.

Orientation

Pour le malade, le moyen d'accéder à un autre centre de santé mentale est de s'adresser d'abord à l'un des vingt-six omnipraticiens de la région. Le grand inconvénient de ce mécanisme d'orientation est qu'il empêche l'accès direct aux services à ceux qui voudraient consulter le centre de leur propre initiative ou qui décideraient de s'y arrêter de façon impromptue. Cependant, comme aucun mécanisme d'orientation n'est parfait, nous pensons que les avantages de ce système, énumérés ci-après, l'emportent sur les inconvénients.

1. Un volet d'action communautaire est intégré au mécanisme étant donné que la plupart des personnes de la collectivité sont les clients des omnipraticiens de la région.

2. Outre son travail par session au centre de santé mentale, le psychiatre exerce à temps plein à l'hôpital local, et bénéficie donc de tous les privilèges qui y sont rattachés, notamment

en matière d'admission. Ses responsabilités quotidiennes, tant au service psychiatrique que dans le reste de l'hôpital, renforcent les échanges excellents qui existent en matière de dépistage, d'orientation et de suivi. Le psychiatre dispense également des services thérapeutiques continus et de surveillance. De façon générale, les médecins savent adresser au centre les cas qui relèvent de sa compétence, et, par le biais de consultations en santé mentale, sont en mesure d'adresser ailleurs les cas qui ne convienent pas au traitement à l'échelon local.

3. L'intervention de l'omnipraticien dans le processus d'orientation contribue à empêcher que le personnel rattaché au centre de santé mentale aborde les problèmes médicaux sous l'angle de la psychiatrie.

4. Le centre de santé mentale peut quand même prendre en charge les cas d'urgence sans pour autant déroger au mécanisme d'orientation. En outre, il existe à l'hôpital général un service d'urgence qui fonctionne 24 heures par jour, et qui peut prendre la relève lorsque le personnel du centre de santé mentale n'est pas de service.

Liaison avec la collectivité

La liaison entre le centre de santé mentale et les services hospitaliers (soins hospitaliers de jour et soins en établissement) est assez efficace, surtout parce que le psychiatre rattaché au centre de santé mentale travaille dans les trois services. Un autre facteur important consiste en la réunion hebdomadaire à laquelle participe le personnel des trois services psychiatriques communautaires, où il est question d'attribution et de révision des cas ainsi que de consultation et de planification.

Une conférence interorganismes a lieu toutes les deux semaines pour la coordination du travail des divers organismes communautaires. Le centre de santé mentale est ainsi en mesure de faire appel à tous les autres organismes lorsque les besoins en santé mentale sont définis ou lorsqu'il faut obtenir de l'information de base. On peut donc dire que les échanges entre les organismes connexes sont excellents.

Le centre de santé mentale appuie et compte sur plusieurs groupes communautaires de bénévoles pour la prestation de services nécessaires qui ne pourraient autrement être dispensés étant donné les contraintes budgétaires imposées par le gouvernement. L'Association canadienne pour la santé mentale, les Vancouver Island Programs for Special Children, l'Alberni Valley Homemaker Society, et la Port Alberni Family Guidance Association sont quelques-uns des organismes qui font

partie de ce réseau. Les participants de cet atelier se sont penchés notamment sur la responsabilité qui incombe à l'employeur soit de financer directement les services de santé mentale, soit d'accorder autrement un appui concret aux services améliorés de santé mentale mis en oeuvre dans la collectivité.

Contraintes actuelles au plan de la prestation des services

En santé mentale, les services de secrétariat sont d'excellente qualité mais guère suffisants. Jusqu'ici, tous les efforts entrepris pour remédier à la situation n'ont abouti qu'à l'extension occasionnelle et de courte durée des services offerts actuellement à mi-temps. Étant donné que les services de secrétariat représentent un maillon essentiel dans le réseau du centre de santé mentale, cette pénurie chronique de personnel fait obstacle à une interaction harmonieuse avec la collectivité. Pour ce qui est de l'administration du bureau, les lettres adressées aux médecins responsables de l'orientation et tout autre courrier essentiel sont expédiés rapidement, mais les notes relatives aux cas pris en charge doivent être écrites à la main, et les données relatives à l'évolution des cas ne sont pas compilées adéquatement. En outre, le personnel administratif et les professionnels sont continuellement interrompus par de nombreux appels téléphoniques, ce qui est sans doute inévitable pour un service populaire.

Dans la vallée de l'Alberni, il n'existe à l'heure actuelle aucun établissement qui puisse accueillir des malades psychiatriques pour un long séjour. On s'attend à ce que ce problème soit résolu d'ici l'an prochain grâce à la fondation de l'Alberni Valley Mental Health Care Society qui vise à créer une pension où dix lits seraient mis à la disposition des malades psychiatriques. Ainsi, le réseau d'échanges sera étendu de façon à comprendre un service assuré par une société privée. Il ne fait aucun doute que certains malades psychiatriques continueront d'avoir besoin de programmes leur permettant de travailler en milieu protégé. En outre, la mise sur pied d'un programme de soins en établissement, structuré et intensif, à l'intention des adolescents gravement perturbés apparaît toujours comme un besoin pressant. Le personnel du centre de santé mentale a compris, par ses expériences, que ce genre de service est essentiel si l'on veut resserrer les liens existants entre les services de santé mentale implantés dans la collectivité.

LES BÉNÉVOLES ET LA SANTÉ MENTALE COMMUNAUTAIRE EN MILIEU RURAL

Joan McIntyre
Cordonnatrice des bénévoles
Trail, Division de la Colombie-Britannique
Association canadienne pour la santé mentale

Cet atelier a été conçu pour aider les professionnels désireux d'intégrer un volet de bénévolat aux programmes communautaires de santé mentale mis en oeuvre en milieu rural. Les personnes oeuvrant comme coordonnateurs de bénévoles ou dans le cadre de programmes de bénévoles devraient également tirer parti de ces discussions.

Comment mettre sur pied un programme de bénévolat

Bien que la question du financement s'avère un problème aigu dans tous les programmes, il est indispensable de rémunérer un coordonnateur de façon à assurer une continuité à l'intérieur du programme. À long terme, on considère qu'il serait plus rentable de financer l'opération à l'aide de subventions accordées par le gouvernement. Il importe de préciser que si un programme de bénévolat ne bénéficie pas des services d'un coordonnateur rémunéré, il est appelé à disparaître un jour ou l'autre.

Recrutement

La mise sur pied d'un programme de bénévolat implique, dans les premiers temps, une phase de recrutement, ce qui constituera d'ailleurs une activité continuelle. Les communautés doivent être sensibilisées face à l'utilité des bénévoles du point de vue des activités communautaires de la santé mentale. La nécessité des bénévoles et le genre d'interventions possibles de ces derniers peuvent faire l'objet d'articles dans les journaux et de discussions à la radio et à la télévision. Le recrutement peut également se faire par de la publicité (notamment dans les petites annonces des journaux). Un moyen très efficace de conscientiser la population à la nécessité d'obtenir des bénévoles en santé mentale consiste à aborder la question spontanément dans les contacts quotidiens avec des membres de la communauté.

Formation

Les bénévoles doivent recevoir une formation approfondie et être sélectionnés avant d'entrer en fonction. Cette responsabilité qui incombe aux professionnels de la santé mentale. À Trail, notre premier stage de formation comprend quatre séances. La première séance traite des les milieux où les bénévoles sont appelés à intervenir:

essentiellement les hôpitaux et le domicile. Un professionnel de la santé mentale discute des types de troubles mentaux auxquels les bénévoles sont susceptibles d'être confrontés dans leur travail. Cette partie de la formation implique généralement le recours aux jeux dramatiques. L'étape suivante consiste à favoriser les aptitudes de communication du bénévole; les professionnels de la santé mentale jouent un rôle actif dans cette phase de la formation. La troisième séance consiste en une réunion où les médecins et infirmières de la région, le coordonnateur des bénévoles, etc. s'entretiennent au sujet de rôle du bénévole dans divers services locaux. La dernière séance a pour objet de choisir des rôles pour les bénévoles selon leurs interêts et leurs expériences, et selon les besoins de la communauté. Un formulaire de demande d'emploi permet d'obtenir des données sur les expériences professionnels, les aptitudes ou intérêts particuliers et les préférences du bénévole. Nous avons également constaté qu'un petit aide-mémoire s'avère utile pour le bénévole. Voici de quoi il s'agit:

Choses à faire	Avoir recours au contact tactile si cela convient aux personnes concernées.
	S'intéresser aux photos et aux anecdotes que les gens veulent partager.
	Prendre un engagement et le respecter
	Être à l'écoute et prendre le temps de comprendre.
	Respecter les droits et la dignité des patients.
Choses à ne pas faire	Se presser.
	Tout faire pour les malades, les clients et les pensionnaires.
	Intervenir dans le programme thérapeutique. Autrement dit, "Nous ne sommes pas là pour remettre en question mais pour exécuter."

Campagne de fonds

Pour assurer la réussite de n'importe quel programme de bénévolat, il est indispensable, entre autres, de recueillir des fonds surtout en faisant preuve d'imagination à cette fin. Voici quelques idées qui se sont avérées efficaces à Trail.

1. Centraide
2. Frais d'adhésions et dons

3. Des activités tels que des rencontres sportives ou des concours de barbe
4. Des ventes de T-shirts
5. Des distributeurs automatiques de bonbons, de gommes à mâcher et d'allumettes
6. Des expositions d'arts et d'artisanat, des marchés aux puces, des ventes d'objets d'artisanat fabriqués par les clients
7. Des tournois de bridge, de whist et de jeux de cartes
8. Des subventions octroyées dans le cadre de programmes communautaires
9. Des subventions accordées par le ministère de la Santé
10. De petites boutiques gérées au profit d'oeuvres charitables
11. Des tirages
12. Des bingos

Un dernier commentaire: à notre avis, il serait utile de recourir, à l'échelle provinciale, à des directives uniformes au moment de la mise sur pied de programmes de bénévolat. À l'heure actuelle, il exite en Colombie-Britannique peu d'interaction ou de solidarité parmi les divers groupes de bénévoles en santé mentale. Cette situation nuit aux échanges d'idées et aux activités communes qui se sont avérées utiles, ainsi qu'à l'identification de problèmes communs.

GROUPES ETHNIQUES

Ricki Devlin
Spécialiste en éducation sanitaire (région du Pacifique)
Santé et Bien-être social Canada
Vancouver (Colombie-Britannique)

Cet atelier devait permettre aux participants d'étudier les répercussions qu'ont les différences interculturelles sur les programmes ruraux de santé mentale. Voici les thèmes qui y ont été abordés en utilisant différentes approches.

1. L'influence de notre propre réalité ethnique sur notre perception du monde.

2. Les façons par lesquelles les préjugés sont transmis.

3. Les conséquences du choc culturel sur les cultures minoritaire et majoritaire.

4. Les influences diverses des différences culturelles.

5. L'idée que la plupart des cultures adhèrent aux mêmes valeurs, les différences apparentes s'expliquant essentiellement par une différence de priorités.

6. L'idée que lorsqu'une culture est trop influencée par une autre, les membres de la culture minoritaire finissent par ne s'identifier à aucune culture.

Les participants ont formulé un certain nombre de recommandations au sujet des programmes ruraux de santé mentale.

1. Les travailleurs ruraux en santé mentale devraient se prévaloir des programmes éducatifs sur les relations interculturelles. Dans l'ouest du Canada, on peut avoir accès à ces programmes en s'adressant aux docteurs Sealey et MacDonald à l'Université du Manitoba; au Resource Centre de l'Université Simon Fraser et au docteur Butenthal à l'Université de la Colombie-Britannique.

2. Il faut que les travailleurs ruraux en santé mentale prennent conscience des différences qui existent entre leurs propres besoins culturels et ethniques et ceux des collectivités d'accueil.

3. Il existe un besoin évident d'assurer la formation des travailleurs indigènes en santé mentale.

4. Il est important d'amener les groupes ethniques à participer à l'élaboration des programmes et de les intégrer au réseau actuellement en place.

5. Les travailleurs ruraux en santé mentale doivent continuer de se renseigner sur l'origine des différences de comportement entre les cultures et d'essayer de comprendre ce phénomène.

6. "Connais-toi toi-même". Une fois de plus, il est très important de comprendre et de reconnaître ses propres préjugés culturels.

7. Les travailleurs ruraux en santé mentale doivent connaître tous les groupes ethniques qui se trouvent dans la communauté d'accueil. Ils doivent prendre garde de ne pas trop s'identifier à un groupe en particulier.